

妊娠届出書

妊婦マイナンバー														
親子健康手帳 交付番号	47308 - 20 -													

ふりがな											職業			
妊婦氏名														
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)					電話番号								
居住地	本部町字													
妊娠週数	週	初診日	年 月 日			出産予定日	年 月 日			今回の妊娠	<input type="checkbox"/> 双胎以上			
今までの産 出	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 今までの出産 () 回		性病に関する 健康診断			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		結核に関する 健康診断			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			
医師又は助産師の診断又は 保健指導を受けたときの病院名、医師名						病院名 所在地 市・町・村 医師又は助産師名								

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

届出者氏名 ㊞

(代理人の場合 妊婦との続柄:)

本部町長 殿

※この届出情報及び妊婦個人番号につきまして、母子保健法に基づく母子保健サービス以外には使用しません。
 ※妊婦個人番号の確認が取れない場合、個人番号法に基づき町が個人番号を確認させていただきます。