

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		性病に関する 健 康 診 断		<input type="checkbox"/> 受けた		結核に関する 健 康 診 断		<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けていない			
	<input type="checkbox"/> 今までの出産 ()回				<input type="checkbox"/> 受けていない				<input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けていない		<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 ⑩

(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。