

妊 娠 届 出 書

妊婦氏名		生年月日		職業	
		年 月 日 (歳)			
個人番号					
居住地					
〒					
☎					
妊娠週数(月数)			分娩予定日		
週 (月)			年 月 日		
性病に関する健康診断の有無			結核に関する健康診断の有無		
㊦ うけた ㊧ うけていない ㊨ わからない			㊦ うけた ㊧ うけていない ㊨ わからない		
診断および保健指導を受けた医師または助産師の氏名					
施設名					
医師または助産師氏名					

上記の通り届け出ます。

個人番号を母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出において利用することを確認しました。

八頭町長 様

年 月 日

____ 届出人氏名 (妊婦との続柄: _____)

【担当課記入欄】 以下は記入しないでください。

本人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状)		取得年月日	年 月 日	受 付 者 名
	<input type="checkbox"/> 対面(提示) <input type="checkbox"/> 対面(写し) <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等				
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳ネットワークシステムより取得				
	※個人番号カード以外の確認書類				
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード		<input type="checkbox"/> 各種健康保険証等 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書等 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳			
<input type="checkbox"/> その他()					