

# 妊 娠 届 出 書

個人番号		※1 母子健康手帳交付番号 第 号	
フリガナ		世帯主氏名	
妊婦氏名		夫の氏名	
年齢	( 年 月 日生 )	職業	※2 国籍
居住地	TEL ( 方 荘 )	妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)
		分娩予定日	平成 年 月 日
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けない	
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けない	
診断又は保健指導を受けたときは	医師氏名		
その医師・助産師名	助産師氏名		
妊 娠 歴		初回 ・ 第 回目(分娩 回)	
上記届出いたします。 平成 年 月 日 市町村長 様 妊婦氏名 代理申請者 氏名 (続柄 ) 代理申請の理由(母の就業・入院、他 )			

※1印欄は市町村長が記入すること。

※2印欄は外国人のみ記入すること。