

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	令和 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。 令和 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。