

# 妊 娠 届 出 書

（母子健康手帳交付No. \_\_\_\_\_）

個人番号	※番号確認のため書類の提示をお願いします。											
ふりがな 妊婦氏名					生年月日	年 月 日						
	既婚 ・ 未婚（入籍予定 有 ・ 無）				年齢			職業				
父の氏名					年齢			職業				
居住地	大沼郡三島町大字						電話 番号					
分娩 予定日	年 月 日				妊娠 週数	週（ か月） ※13週以降はその理由 （ ）						
既応妊娠 回数	回		生産		回／死産		回／流産		回			
特記事項	単胎 ・ 多胎（ 胎） ・ 不妊治療 ・ その他（ ）											
診断を受けた医療機関名 （医師または助産師名）							里帰りの 予定	有 ・ 無				
分娩予定医療機関名												
今回の妊娠で受けた検査	<input type="checkbox"/> 性感染症（ 受けた ・ 受けない ） <input type="checkbox"/> 結核（ 受けた ・ 受けない ）											
妊娠・出産等について、医療機関や関連機関と連携が必要な場合、情報提供をさせていただくことがあります。ご了承くださいければ、署名をお願いします。						妊婦署名						
上記のとおり届けます。												
年 月 日												
										届出人氏名		印
本人以外の場合 続柄（ ）												
三 島 町 長 殿												

～ 妊娠届出時の本人およびマイナンバー（個人番号）の確認に必要なもの ～

本人確認 [番号の正しい持ち主であることの確認]		マイナンバー確認 [正しい番号であることの確認]	代理権確認 (代理申請の場合)	面接	担当印
▼1つで可 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	▼いずれか2つで可 <input type="checkbox"/> 保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未	