

交付番号 記入欄	
-------------	--

妊 娠 届 出 書

個人番号 (マイナンバー)																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
妊婦氏名				
妊婦の職業			電話番号	
フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
配偶者氏名 (パートナー)				
居住地	美馬市 <small>(※住所は様方及び団地、住宅、マンション、アパートの部屋番号まで詳しく記入してください。)</small>			
届出時妊娠週数		週	今までの出 産回数	なし ・ 回
出産予定日	年 月 日			
診断・保健指導を受けた 病院名及び医師氏名・助産師氏名	病院名		医師氏名	
			助産師氏名	
今回妊娠してからの性病及び 結核に関する健康診断の有無	性病に関する健康診断		1. 受けた	2. 受けない
	結核に関する健康診断		1. 受けた	2. 受けない
前回の妊娠中にかかった 病気など	1. なし 2. 妊娠高血圧症候群 3. 糖尿病 4. 貧血 5. 切迫早産 6. 切迫流産 7. その他 ()			
上記のとおり、届出します。 なお、併せて妊婦及び乳児の受診票の交付を申請します。				
			年 月 日	
美馬市長様				
届出した者の氏名			(妊婦との続柄)	

注) 個人番号未記載の場合確認 → 住民基本台帳ネットワークシステムにより個人番号(マイナンバー)を取得することに
※いずれかに○印を付けてください (同意します ・ 同意しません)
※個人番号(マイナンバー)は、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します。

以下職員記入欄

本人が窓口に来た場合		代理人が窓口に来た場合	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号有)		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 妊婦本人の個人番号カード <input type="checkbox"/> 妊婦本人の通知カード <input type="checkbox"/> 妊婦本人の住民票の写し(個人番号有)	
1点確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理人の本人確認	
2点確認	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()
		2点確認	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

