

妊 娠 届 出 書

●この届出書は、母子保健法第15条の規定により妊婦または代理人が、市町村長に提出して母子健康手帳の交付を受けるためのものです。記載内容は市町村で管理し、健康支援以外の目的では使用しません。なお、個人番号については番号法に基づく事務に限り使用します。届出の際は来庁者の身元、妊婦の個人番号を証明できるものを持参ください。

●太枠内をご記入ください。

(ふりがな)		生年月日	職業	出身地
妊婦氏名		年 月 日 歳		都道府県 市町村
		個人番号 (マイナンバー)		
(ふりがな)		生年月日	職業	出身地
夫氏名 (パートナー)		年 月 日 歳		都道府県 市町村
住所地 (住民票のある住所) ※7パート名部屋番号 まで記入	(〒)	電話 (携帯電話)		
居住地 (住所と異なる 場合記入)	(〒)	転出予定	①なし ②あり (年 月頃、 市町村)	
初診年月日	年 月 日	妊娠週数	妊娠 週 (か月)	
分娩予定日	年 月 日	健康保険の種別	①社保 ②国保 ③いずれでもない	
妊娠の診断を受けた 医療機関の名称・医師氏名		分娩予定医療機関	妊娠の診断を受けた医療機関と違う場合は記入。	
性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 長 様 届出者氏名				
●代理人が届出をする場合はこちらもご記入ください。 私は下記の者に対し、母子健康手帳の交付申請のために、妊娠届出書の提出に関する権限を委任します。 (代理人 氏名： 住所： 妊婦との続柄：) 妊婦氏名 印				

事務処理欄	交付年月日：	交付番号：	第 子
届出者	妊婦 ・ 代理人		
来庁者身元確認	<1点>顔写真付き→ 個人番号カード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ その他 () <2点>顔写真無し→ 健康保険証 ・ 年金手帳 ・ その他 ()		
本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票(同意あり・なし)		
住民コード		交付者	