

妊娠届出書

母子健康手帳や「妊婦健康診査受診券」等を活用します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|---------------|----------------|--|---|-------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 妊婦氏名 | | | | 個人 番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 (歳) | 職 業 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | 電話 番号 | 自宅： 携帯： | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠週数 (月) | 満 (第 | 週 月) | 出産予定日 | 年 | 月 | 日 | 出産経験の 有無 | | | | | 初産 経産 | | | | | | | |
| 夫の氏名 | | | | 夫の 職業 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断又は保健指導を受けた医師または 助産師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性病に関する 健康診断 | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない | | | 結核に関する 健康診断 | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届出を致します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 泊村長 様 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 住 所 氏 名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 1.妊娠とわかったら、この妊娠届出書（または医療機関発行の妊娠届出書）を記入して、泊村役場に提出し、母子健康手帳（親子健康手帳）を交付してもらいましょう。
 - 2.妊婦本人の個人番号をご記入ください（個人カード又は個人番号通知カードでご確認下さい）
 - 3.代理人の方は本人確認ができるもの（代理人の個人番号カード、運転免許証、パスポートなど）をお持ちください。
- 妊娠届出書の内容は法律によって定められていますので、ご記入下さい。
- 届出内容によっては、担当者から連絡させていただくことがあります。

(様式第2号)

委任状

年 月 日

泊村長 様

委任者（妊婦本人）

住 所

氏 名

①

連絡先（電話）

私は、下記の者を代理人として、妊娠届出書の申請及び母子健康手帳受領の権限を委任します。

受任者（代理人）

住 所

氏 名

代理人が届出する場合に必要な書類等

妊婦本人の個人番号カードまたは通知カード

*カード（原本）を持参できない場合は、カードをコピーしたものを持参してください。

代理人の本人確認ができるもの（個人番号カード、運転免許証など顔写真付き証明書）

※妊婦が20歳未満の場合は、他に必要な書類がありますので、健康推進係にお問い合わせ下さい。

妊婦本人の印鑑（委任状に妊婦本人の印がある場合は不要です。）