

妊娠届出書

個力 通力・本確 住基

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|------|---|--------------|-----------------------|---|---|-------|--|--|--|
| ふりがな | | 個人番号 | | | | | | | | | |
| 妊婦氏名 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 (年齢) | 年 | 月 | 日 | 職業 | 有 () ・ 無 | | | | | | |
| 住所 (住民票) | 上三川町 | | | 居住地 | 住民票と同じ ・ その他 (居住先を記載) | | | | | | |
| ふりがな 夫 (パートナー) 氏名 | | | | 生年月日 (年齢) | 年 | 月 | 日 | (歳) | | | |
| 電話番号 (連絡先) | 妊婦携帯 : () | | | | | | | | | | |
| | 夫・パートナー・自宅・その他 () : () | | | | | | | | | | |
| 出産予定日 | 年 | 月 | 日 | 妊娠週数 | 週 | | | | | | |
| 妊娠の診断並びに保健指導を受けた医師 (医療機関) 又は助産師名 | 診断日 (年 月 日) | | | 性病に関する健康診断 | 受けた ・ 受けない | | | | | | |
| | | | | 結核に関する健康診断 | 受けた ・ 受けない | | | | | | |
| 上記のとおり届出いたします。 | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 上三川町長 様 妊婦氏名 | | | | | | | | | | | |
| この届出に際し、地方公共団体情報システム機構等から個人番号を含む機構保存本人確認情報の提供を受けることに同意いたします。 | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 妊婦氏名 | | | | | | | | | | | |

※この妊娠届出書は、上三川町役場1階子ども家庭課に提出してください。

※平成28年1月から個人番号の記載が法的な義務となっています。「個人番号カード」又は「通知カード」及びご本人の確認ができる書類等（運転免許証、パスポート等）を忘れずにお持ち下さい。

※「妊産婦医療費受給資格証」の交付手続きを併せて行いますので、マイナンバーカード等、妊婦さんご自身の加入保険資格がわかるものをお持ちください。

担当：上三川町 子ども家庭課 母子健康係
電話：0285(56)9132