

妊 娠 届 出 書

年 月 日

横手市長様

届出者氏名 _____
(本人・夫・その他 ())

母子保健法第15条の規定により、次のとおり届出いたします。なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

※個人番号の利用目的について

妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要なくなった場合や法令により一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

ふりがな		生年月日 年齢	昭和 平成 年 月 日 (歳)
妊婦氏名		個人番号	
		職業	
夫の氏名		夫の生年月日	昭和 平成 年 月 日
世帯主氏名			
居住地			
電話番号		国籍	(外国人のみ記入)
妊娠週(月)数	満 週(第 月)	出産予定日	年 月 日
医師又は助産師の診断	受けた・まだ受けていない	初産 ・ 経産	
1年以内に結核に関する健康診断(胸部レントゲン)	受けた・受けていない	性病に関する健康診断 (血液検査)	受けた・受けていない これから受ける予定
医療機関名			

面接者 () 血圧 / mmHg

職員記入欄 確認者 () 健康かるてにて確認

【番号確認】 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏) <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付) <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書(個人番号付)
【本人確認】顔写真付証明書(1点) <input type="checkbox"/> 個人番号カード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他 ()
顔写真付でない証明書(2点) <input type="checkbox"/> 健康保険被保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行した書類で、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの <input type="checkbox"/> その他 ()