

妊 娠 届 出 書

NO. _____

フリガナ		生 年 月 日		職業	
妊 婦 氏 名		年 齢	(歳)		
個 人 番 号					
居 住 地	〒 電話番号				
妊 娠 週 数	満 週 (第 月)	出産予定年月日			
※性病に関する健康診断 (血液検査)	受 け た 受けていない		※結核に関する健康診断	受 け た 受けていない	
診断した 医師又は 助産師	医師又は助産師の診断又は保健指導の有無			受 け た 受けていない	
	施 設 名				
	〒				
	所 在 地 電話番号 氏 名				
妊婦給付認定	☐ 妊婦のための支援給付を受ける資格を有することの申告及び認定を申請する				
以上のとおり届け出ます。					
届出者氏名			妊婦との続柄 ()		

- (注) (1) この届出書をもとに、保健師等が記入された電話番号に連絡することがあります。
- (2) ※印欄は、該当するものを○で囲んでください。
- (3) 施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。
- (4) 個人番号は母子保健法及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。

本人確認欄

宛名番号								確認書類			
								番号確認	個力・通力・住民票・不所持・紛失・他 (		
								身元確認	1 点	免・パ・官身・在力・個力・住力写・身・不所持・他 (	
									2 点	保・年・介・銀・診・住力無・他 (	