

妊娠届出書

※個人番号（マイナンバー）は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行っております。

個人番号 (マイナンバー)																		届出日	年	月	日
妊婦	フリガナ												職業								
	氏名																				
	生年月日(年齢)	年 月 日生(歳)											電話番号								
	住民登録している住所	大網白里市																			
	実際に住んでいる住所																				
子の父	フリガナ												職業								
	氏名																				
	生年月日(年齢)	年 月 日生(歳)											電話番号								
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください。																			
妊婦と子の父との関係	初婚・再婚(どちらが:妊婦・子の父)・今後入籍予定(年 月)・入籍予定なし・未定																				
他同居家族	続柄	氏名	生年月日	職業/所属	続柄	氏名	生年月日	職業/所属													
引っ越し予定	なし・検討中・あり(市内・市外・県外)				里帰り予定				なし・検討中・あり(市内・市外・県外)												
妊娠週数(月数)	満 週(第 月)			出産予定日				年 月 日				<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎									
過去の妊娠・分娩歴	なし・あり		流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回		(妊娠 回、分娩 回) 妊娠高血圧症候群・2500g未満の低出生体重児(週 g)																
診断または保健指導	医療機関等で妊娠の診断または、保健指導を医師又は助産師から受けましたか 受けてない・受けた(医療機関等名称:) (医師・助産師名:)																				
出産予定病院	同上・他院(医療機関等名称:)																				
健康診断 ※検査を実施したか不明な 場合は記入不要です。	性病	今回の妊娠で性病検査を受けましたか				はい・いいえ															
	結核	今回の妊娠で結核検査を受けましたか				はい・いいえ															
<p>母子保健法第15条、第16条に基づき、上記のとおり届け出ます。</p> <p>母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票の交付を受けるにあたり、大網白里市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、大網白里市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種事業に関し、本届出書及び質問票の情報を利用することに同意します。</p> <p>大網白里市長 あて</p> <p style="text-align: center;">届出人及び受領者氏名 妊婦との続柄()</p>																					

※記載の内容によっては、保健センター保健師から連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。

※ご記入していただいた内容は、大網白里市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用致しません。

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には、委任状が必要です。以下の委任状を必ず妊婦本人がご記入ください。

委 任 状 (妊婦本人がご記入ください) 年 月 日

委任者(妊婦本人) 住所 大網白里市 _____
氏名 _____

私は、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(平成25年法律第27号)に規定される個人番号の提供を伴う妊娠の届出及び母子健康手帳の受領等に関する一切の権限を次のものに委任します。

受任者(代理人) 住所 _____
氏名 _____ 委任者との関係()

市処理欄

妊婦確認書類/代理届出人確認書類 別冊番号:

番号確認 個カ(マイナンバーカード)・通カ・住民票・不所持・他()

身元確認 1点 免許・個カ・パスポ・在カ・住カ写・身障手・不所持・他()

2点 保・年・銀・診・他()

里帰り出産: 契約 [電話(/)・決裁番号()・返戻日(/)]・償還 [書類渡し済(/)・郵送(/)]