

妊娠届出書 ①

【持ち物】
 妊娠届出書①・妊婦のマイナンバー確認書類・
 妊婦の本人確認書類(裏面をご確認ください)
 健康保険証・妊婦名義の通帳

胎内市長 宛	年	月	日	母子手帳 番号		受診票 番号	
妊婦の氏名	生年月日			昭和・平成 年 月 日 (歳)			
	勤務先						
居住地	胎内市						
	(世帯主:)			電話番号:			

↓妊婦が診断又は保健指導を受けた時は、医師又は助産師が太枠内に記入してください。

妊娠週数	週	分娩予定日	年	月	日
今回の妊娠で、性病に関する健康診断(血液検査)の有無	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない	今回の妊娠で、結核に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けない
医療機関名					
医師名及び助産師名					
診断又は保健指導年月日 年 月 日					

夫の氏名 (子どもの父)	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	勤務先	
住所	妊婦と同じ・妊婦と異なる ()	

既往妊娠分娩歴	今回の妊娠は 初回・()回目				
回数	出産年月日(母の年齢)	出産の状況	妊娠分娩経過	出生体重	妊娠週数
1	. . ()	出生・早産・流産・死産	妊娠高血圧症候群・貧血・帝王切開・()	g	
2	. . ()	出生・早産・流産・死産	妊娠高血圧症候群・貧血・帝王切開・()	g	
3	. . ()	出生・早産・流産・死産	妊娠高血圧症候群・貧血・帝王切開・()	g	
4	. . ()	出生・早産・流産・死産	妊娠高血圧症候群・貧血・帝王切開・()	g	
5	. . ()	出生・早産・流産・死産	妊娠高血圧症候群・貧血・帝王切開・()	g	

※次の病気にかかったことがありますか。

心疾患	なし・治療終了・治療中(病名) (医療機関)
腎臓病	なし・治療終了・治療中(病名) (医療機関)
精神疾患	なし・治療終了・治療中(病名) (医療機関)
高血圧	なし・治療終了・治療中(病名) (医療機関)
糖尿病	なし・治療終了・治療中(病名) (医療機関)
その他	(病名) (医療機関)

◎里帰り出産予定の方

里帰り先住所: (世帯主氏名:)

★妊娠届出書のコピーが必要な方は、事前にコピーを取ってから届出をして下さい。
 職場で産前休暇の請求をする時などに、妊娠届出書のコピーを求められることがあります。

<妊娠届窓口>
 ほっとHOT・中条 健康づくり課(西本町11-11)
 ※市役所や黒川支所では交付できませんので、ご了承ください。
 ※妊娠届出時に妊婦さん全員に、保健師・助産師等が面接を行います。アンケートの記入等もあり、30分ほどかかります。時間に余裕を持ってお越しください。
 ※受付: 土日祝日・年末年始を除く、午前8時30分~午後4時30分まで。
 時間内に届出ができない場合は、お問い合わせください。

<問い合わせ>
 胎内市 健康づくり課
 子育て応援係
 (ほっとHOT・中条内)
 電話: 44-8680
 FAX: 44-8641
 mail: boshi@city.tainai.lg.jp

妊娠届出時の個人番号(マイナンバー)提示のお願い

妊娠届出時に届出人のマイナンバー確認と身元確認が必要となりますので、以下の書類もお持ちください。

◎ 妊婦本人が届出の場合

確認事項		必要な書類
①	個人番号(マイナンバー)の確認	個人番号カード
②	本人確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート 等

母子手帳はお母さんとお子さんの健康管理に必要なものです。住民票がある市町村の窓口で交付を受けてください。妊婦一般健康診査受診票も交付します。できるだけご本人が窓口においでください。

※なお、やむを得ない理由でご本人が窓口に来られない場合は、状況のわかる代理の方でも交付は可能です。その場合は後日、妊婦さん本人と面談させていただきます。

◎ 代理人が届出の場合

確認事項		必要な書類
①	個人番号(マイナンバー)の確認	依頼者(妊婦)の個人番号カード
②	本人確認	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、パスポート 等)
③	代理権の確認	委任状(下記)

～ご不明な点は 健康づくり課子育て応援係(44-8680)までお問い合わせください～

委 任 状

胎内市長 様

(代理人)

住所

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

妊婦本人との関係

私は、上記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

- 1 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

年 月 日

(妊婦本人)住所

胎内市

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

連絡先 ()

