

母子健康手帳 No. ( )	<b>妊 娠 届 書</b>			
妊婦氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	職業
夫(パートナー) 氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	職業
婚姻届提出	提出済み ・ 提出予定あり ・ 提出予定なし ・ 未定			
住 所	豊能町	電話 番号		
健康保険	妊婦 [ 国民健康保険、社会保険、その他 ( ) ] 夫(パートナー) [ 国民健康保険、社会保険、その他 ( ) ]			
妊娠の診断を 受けた医療機関	(医師・助産師名 )	出産予定の 医療機関		
妊娠週数	週 ( 月) 単胎 ・ 多胎 ( 人)			
出産予定日	年 月 日			
性病に関する健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
1年以内に結核に関する健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
上記のとおり届出します。 年 月 日 豊能町長 様 届出者氏名 妊婦との続柄 ( )				

※裏面のアンケートも記入ください。

届出時、下記をご提示ください。				
<input type="checkbox"/> 妊娠届出書				
<input type="checkbox"/> 本人確認書類 顔写真入りのものは1点(例:マイナンバーカード、免許書、パスポート等) 顔写真なしのものは2点(例:健康保険証、年金手帳、キャッシュカード等)				
代理人の届出時は上記に加え、				
<input type="checkbox"/> 委任状				
<input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類(顔写真入りのものは1点、顔写真なしのものは2点)				
担当者 確認 欄	・本人確認書類確認(住基確認)	未	・ 済	
	・妊婦健診受診券の発行	未	・ 済	
	・アンケートの記入	未	・ 済	
年 月 日 受付者 ( )				

(備考)

