

妊 娠 届 出 書

中井町長 あて

次のとおり届出ます。なお、母子健康手帳及び妊婦健康診査費用補助券の交付にあたり、中井町が住民基本台帳等の個人情報を読み取り確認することを承諾します。

また、母子の健康管理や健やかな妊娠・出産を迎えるために必要な場合は、医療機関等の関係機関に情報を照会することについて同意します。

										母子健康手帳 記号番号					
妊娠届出日		年 月 日													
妊婦	フリガナ 氏 名									生年月日 S・H		年 月 日生 (歳)			
	住 所	〒 ー 本籍地 (国籍) : 中井町								職 業					
	電話番号	* 日中連絡がつく番号													
妊婦個人番号															
妊娠の状況		現在妊娠満 週 (か月)													
妊娠の診断を受けた施設名		(診断者氏名)								妊娠の診断日		年 月 日			
健康診断		今回の妊娠で性感染症の検査を										受けた		・ 受けない	
		今回の妊娠で結核の検査を										受けた		・ 受けない	

※個人番号は母子保健法施行規則に基づいて収集、管理し、母子保健各事業において利用します。

届出人氏名

※届出者が代理人となる場合、下記の委任状が必要となります。

※妊婦本人が記入してください

										委 任 状		年 月 日			
(委任者)		住所 :													
		氏名 :													
私は下記の者を代理人と定め、妊娠の届出及び母子健康手帳受領の権限を委任します。															
(代理人)		住所 :													
		氏名 :										妊婦との関係 ()			
		電話番号 :													

【事務処理欄】 受付者: _____ 外国語版母子手帳交付 (_____ 語)
 個人番号確認 (通知カード・カード) 本人確認 (カード・運転免許証・旅券)
 代理申請 (妊婦の (通知) カード 代理人の身分証明 (カード・運転免許証・旅券))