

# 妊 娠 届 出 書

太枠内に記入または  をつけて下さい。  
裏面にも記入欄があります。

R2年度版

母子健康手帳番号		妊娠届出日	年	月	日	受付者		
妊 婦	ふりがな					職 業	<input type="checkbox"/> 主婦	<input type="checkbox"/> 会社員
	氏名						<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> 自営業
	生年月日	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (婚姻予定 有・無・未定)				出産後の 就労予定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	昭・平 年 月 日生 ( 歳)				<input type="checkbox"/> わからない			
マイナンバー (個人番号)								
居住地	茅ヶ崎市							
	自宅電話			携帯電話				
家族構成	同居している人に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。					生年月日		
	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) 氏名(ふりがな) _____					年 月 日生 ( ) 歳		
	<input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 第1子( 歳) <input type="checkbox"/> 第2子( 歳) <input type="checkbox"/> 第3子( 歳) <input type="checkbox"/> 第4子( 歳) <input type="checkbox"/> その他( )							
今までの 妊娠・出産歴	経産婦の方は、今までの妊娠・出産歴で何か異常があれば <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> 児の疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他( )							
妊娠週数	満	週	妊娠回数 (今回の妊娠を含む)		回目	<input type="checkbox"/> 流産 回 <input type="checkbox"/> 中絶 回 <input type="checkbox"/> 死産 回		
出産予定日	年	月	日	里帰り出産予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外( )			
(※出産予定日がわからない場合のみ、最終月経初日をご記入ください。 年 月 日 )								
現在通院中の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ある (病名: _____ いつから: _____) <input type="checkbox"/> なし							
過去に治療された大きな病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ある (病名: _____ いつ頃: _____) <input type="checkbox"/> なし							
妊娠の診断(保健指導)を受けた施設名								
この届出書の情報を、必要に応じて母子保健サービスで実施する健康診査や医療機関・公的機関との連携や災害時の支援のために利用することについて同意し、上記のとおり届け出ます。(妊婦個人番号は非公開)。 年 月 日 (あて先) 茅ヶ崎市長								
申請者氏名 妊婦との関係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妊婦の父母 <input type="checkbox"/> 夫の父母								
申請者が妊婦と異なる場合にご記入ください。 申請者住所: 申請者電話:								

※茅ヶ崎市では、あなたの出産や子育てを妊娠中から応援します。  
妊娠中や出産後に妊娠届出書の内容について茅ヶ崎市保健所健康増進課からお電話や訪問等をさせていただく場合がございます。あらかじめご承知おきください。

**事務処理欄**

妊婦本人の個人番号記載 有・無		確認者: 1回目( ) 2回目( )	
妊婦本人が届け出た場合		代理人が届け出た場合	
【妊婦の個人番号・本人確認書類】 <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号カード 【妊婦の個人番号確認】 <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し※		【代理権確認】 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号カード、運転免許証、旅券 【代理人の身元確認】 顔写真付の公的証明書(1点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他( ) 顔写真付でない公的証明書(a2点またはaとb1点ずつ) a <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し※ b <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( ) 妊婦の個人番号確認(コピー可) <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し※	
【備考】			

※発効日より3か月以内のもの。

裏面もご記入お願いします→