

交付番号 _____

妊娠届出書

令和 年 月 日

豊後高田市長 様

母子保健法第 15 条の規定により、次のとおり妊娠の届出をします。

届出人	住所	豊後高田市	番地
	氏名		妊婦との続柄 ()

ふりがな		個人番号	
妊婦氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日 () 歳	職業	
住所	豊後高田市 (アパート名)	番地	
連絡先 (電話)		世帯主名	続柄 ()
妊娠週数	第 週 (か月)	出産 予定日	令和 年 月 日 第 () 子
診断又は保健指導 を受けた医師又は 助産師の氏名	医療機関名		
	医師氏名		
性病に関する健康診断について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない		
結核に関する健康診断について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない		
里帰りの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定		
里帰り先	都道 府県	市町村	(生後 か月まで)
里帰り時連絡先			

〈市役所確認欄〉 マイナンバーカード または マイナンバー通知カード
申請者の顔写真入り身分証明書

妊婦署名 _____

(妊婦本人以外が申請する場合のみ)