

妊 娠 届 出 書

太線の中をご記入ください。

市町村 5 年間保存

保険証の 種類	国保 ・ 共済 ・ 社保	※母子健康手帳交付番号 第 号																				
個人番号 <small>※妊婦本人の個人番号</small>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																				世帯主 氏名	
(ふりがな)		(ふりがな)																				
妊婦氏名		夫の氏名																				
年 齢	(年 月 日生)	※国籍																				
		※外国人登録地	市町村																			
職 業		妊娠 週数	第 週 (第 月)																			
居 住 地	川島町	分娩 予定日	年 月 日																			
電話番号 <small>※連絡がつく電話番号</small>	— —																					
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けてない																				
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けてない																				
妊娠の診断を受けた医療機関名・助産院名（助産師名）		市・町																				
妊婦健診及び出産を行う医療機関名・助産院（助産師名）		市・町																				
里帰り出産の予定		無 ・ 有 <small>(医療機関名)</small>																				
妊 娠 回 数 等		初 回 ・ その他 (_____ 回) 第 _____ 子																				
上記のとおり届出いたします。																						
年 月 日																						
川 島 町 長 様																						
届出者氏名		妊婦との続柄 ()																				

※印は、外国人のみ記入すること

※以下は何も記入しないでください。

受診券	初期①・HIV・子宮頸がん・HTLV-1・クラミジア	備考
助成券	2 3 4 5 6 7 8 9	
	1 0 1 1 1 2 1 3 1 4	