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 ※妊婦本人の個人番号		世帯主 氏名	
（ふりがな）		（ふりがな）	
妊婦氏名		夫の氏名	
年　齢	歳 （　　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	平成　　年　　月　　日
電話番号 ※連絡がつく電話番号	－　　－		
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 （医療機関名）	
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。

平成　　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・子宮頚がん・ＨＴＬＶ-1・クラミジア	備考
助成券	２　３　４　５　６　７　８　９	
	１０　１１　１２　１３　１４	