

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	
(ふりがな) 妊婦氏名		世帯主氏名	
		夫の氏名	
年 齢 (年 月 日生) 歳		※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	049 - -		
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	
診断または保健指導を受けた医療機関名・助産院名（助産師名）			
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 _____			

※印は、外国人のみ記入すること