

妊娠届出書

(初産 ・ 経産)

～母子手帳交付について～

場所: 中間市保健センター 時間: 平日 (8:30~17:15)

持ってくるもの: 妊娠届出書 (この用紙) 、印鑑

所要時間: 20分程度 (アンケート記入、保健指導含む)

問い合わせ先: 保健センター ☎246-1611

母子健康手帳交付番号 _____

中間市長 様

年 月 日届出

下記のとおり届けます

届出者: 本人・配偶者・その他 ()

ふりがな		生年月日		印
妊婦氏名		昭和 平成 年 月 日	歳	
居住地 (アパート名等も記入)	中間市	☎携帯:		職業
		☎自宅:		
出産予定日	年 月 日	診察を受けた 医療機関		
妊娠週数	週 (か月)	医師及び助産師 の氏名		
配偶者 (パートナー) の氏名:				
生年月日: 年齢: 職業:				

1. 妊娠中に転出する予定がありますか いいえ ・ はい (月頃)
※中間市に住んでどのくらいですか (年 か月)
2. 里帰り出産をする予定はありますか いいえ ・ はい (妊娠 か月～産後 か月まで)
里帰り先住所:

※個人番号を記入し来所される場合は、通知カードに加え運転免許証など公的機関が発行した写真付の本人確認書類 1 点、又は健康保険証、社員証、年金証書など 2 点以上提示が必要になります。

マイナンバー (個人番号) _____

※マイナンバー (個人番号): 本人記入

【以下は届出時に保健センターで記入します】

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> アンケート記入 | <input type="checkbox"/> 妊婦健診扶助費の説明 | <input type="checkbox"/> 個人番号確認 (確認者:) |
| <input type="checkbox"/> 保健指導 | <input type="checkbox"/> 書類 (4 枚セット) を渡す | <input type="checkbox"/> マイナンバー (個人番号) カード |
| <input type="checkbox"/> 低出生体重児予防 | <input type="checkbox"/> 台帳記入 | <input type="checkbox"/> 通知カード |
| <input type="checkbox"/> 感染症 | <input type="checkbox"/> 住民票 (確認者:) | <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票 |
| <input type="checkbox"/> 栄養 | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳、補助券、別冊 | <input type="checkbox"/> 本人確認書類 (確認者:) |
| <input type="checkbox"/> 歯周病 | (交付者:) | <input type="checkbox"/> マイナンバー (個人番号) カード |
| | | <input type="checkbox"/> 運転免許証 |
| | | <input type="checkbox"/> その他 () |