

妊 娠 届 出 書

※太枠内をご記入ください

交付番号【 】 交付者【 】

フリガナ			個人番号		
妊婦氏名					
生年月日	年 月 日 (歳)		電話番号		
住 所 ※住民票のある住所	九重町大字		職 業		
妊娠週数	第 週	出産予定日 年 月 日 (予定日当日の年齢 歳) *1	性病に関する健康診断について 【 受けた ・ 受けていない 】		
出産歴	初産 ・ 経産 (分娩回数: 回)		第 子	結核に関する健康診断について 【 受けた ・ 受けていない 】	
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: 担当者名:			
母子保健法第15条の規定により上記のとおり妊娠の届出をします。 年 月 日 九重町長 様 届出者氏名 (代理人の場合 妊婦との続柄)					

※九重町では法律に基づき、お子さんが生まれてから全てのご家庭に訪問しています。
※妊娠届出書をもとに、諸通知(パパママ学級の案内等)をさせていただくことがあります。

【届出に必要なもの】 ※届出前に必ずご確認ください！

☆妊婦本人が申請する場合⇒

- ①個人番号通知カードまたは個人番号カード
- ②妊婦の本人確認ができるもの（運転免許証など）

★代理人が申請する場合⇒

- ①妊婦の個人番号通知カードまたは個人番号カード
- ②代理人の本人確認ができるもの（運転免許証など）
- ③委任状 ※委任状は、妊婦本人がご記入ください
- ④妊娠届出書

委任状		年	月	日
委任者 (妊婦本人)	住所 氏名			
私は、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。				
受任者 (代理人)	住所 氏名			

〔交付者記入欄〕 【個人番号カードの場合】 ☐ 個人番号カード 【個人番号カード以外の場合】 ☐ 個人番号通知カード又は 個人番号記載の住民票又は その写し ＜本人確認1点で良いもの＞ *公的機関発行の顔写真付き 身分証明書 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 () ＜本人確認2点必要＞ ☐ 健康保険証（資格確認書） ☐ その他 ()			
受付日	年	月	日

☐ 妊婦の健康管理に必要な場合、医療機関や関係機関等と届出情報を共有することに同意します。

署名

受診券(1冊) A B C

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

新生児聴覚検査 産婦健康診査
(2週間・1か月)

(乳児3~6か月) (乳児9~11か月)