

妊 娠 届 出 書

妊婦氏名	(ふりがな)	生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
		個人番号		職業	(勤務先)
住 所	石川町大字 字			町外	無・有
電 話	自宅 ()	—		転出 予定	時期 年 月頃 転出先()
夫の氏名 (児の父)	(ふりがな)	生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
		婚姻	既婚・未婚	職業	(勤務先)
世帯主氏名		続柄	父子健康手帳 交付希望	無・有	
分娩予定年月日	平成 年 月 日		妊娠週数	満 週 (月)	
健康保険の種別	国保・社保・その他 ()		分娩回数	初産・経産 (回)	
診断・保健指導を受けた 医師名又は助産師名	医療機関(助産所)名				
	医師(助産師)名				
分娩予定医療機関	所 在 地		福島県 (市町村) ・ 県外 ()		
	医療機関(助産所)名				
性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けない		結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けない	
上記のとおり届出いたします。					
平成 年 月 日					
石川町長 様					
届出人氏名 _____ 印 _____					
続柄(妊婦との続柄) _____					
【※代理人が届け出る場合、妊婦本人が記入】 委 任 状 平成 年 月 日					
受任者(代理人) 住所 _____ 氏名 _____					
私は、上記の者を代理人と定め、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委任します。					
委任者(妊婦本人)住所 _____ 氏名 _____ 印 _____					

※交付者記入欄

来所者	<input type="checkbox"/> 妊婦本人(同席者:)		<input type="checkbox"/> 代理人(妊婦との続柄:)	
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(番号記載) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			
本人確認	1点⇒ <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他() 2点⇒ <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他()			
交付番号	第	号	交付者名	

