

妊 娠 届 出 書

兼 妊婦・1か月児一般健康診査受診票交付申請書

※下記の太枠内と裏面へのご記入をお願いします。

届出日	年 月 日	個人番号 (マイナンバー)																		
妊婦	氏名	生年月日	職業(職種)	1:有() 2:無		雇用形態		□正社員 □派遣/契約社員 □パート □自営業 □その他		国籍		(外国籍の方のみ)								
	ふりがな	年 月 日 (歳)																		

夫 (パートナー)	氏名	生年月日	職業(職種)	1:有() 2:無		雇用形態		□正社員 □派遣/契約社員 □パート □自営業 □その他		国籍		(外国籍の方のみ)								
	ふりがな	年 月 日 (歳)																		

住所	福井市		電話	(妊婦)		(夫/パートナー)														
過去の出産回数	1:無 2:有(回)		保険	国保 社保 共済 その他()																
妊娠週数	週		出産予定日	年 月 日																
妊娠の診断を受けた医療機関	病院名:																			
出産予定の医療機関 <small>(診断を受けた医療機関と異なる場合のみ)</small>	病院名:																			
代理届出者 <small>(妊婦本人以外の方が届出された場合のみ)</small>	<住所>		<電話>																	
	<氏名>		<続柄>																	

< 受付者記入欄 >

交付番号	5	0	2						
------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

整理番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 本人確認 (運転免許証 保険証 その他) <input type="checkbox"/> 身分証コピー(代理申請の場合)
マイナンバー確認欄	<input type="checkbox"/> 番号確認あり <input type="checkbox"/> 番号確認なし →照会の同意を得る
交付場所	<input type="checkbox"/> 健康管理センター <input type="checkbox"/> 清水健康管理センター

受付		入力	
----	--	----	--

区分	手帳	妊婦健診受診票	1か月児健診受診票
	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外国語版 _____ 語	【転入の場合】 転入日: _____ <input type="checkbox"/> 受診券回収 交付した票の番号 <input type="checkbox"/> 妊健(~) <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> HTLV-1 <input type="checkbox"/> クラミジア	

