

# 妊娠届出書(母子健康手帳・妊婦健康診査助成券交付申請書)

熊谷市長 宛

令和 年 月 日

下記のとおり届出いたします。

届出者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

ふりがな 妊婦氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定 有・無)	
居住地	(〒 - ) 熊谷市	電話番号		
妊婦の職業	個人番号			
父となる者の氏名	今までの出産回数		初産・経産( 回)	
医師又は助産師の診断	分娩予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	満 週 ( か月)
	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	受診医療機関の名称	医師又は助産師の氏名		
妊婦の国籍	(外国籍の方は記入してください)			

- 記載上の注意
- 「性病に関する健康診断の有無」欄は、血液検査を受けたか否かによって記入する。
  - 「結核に関する健康診断の有無」欄は、今回の妊娠について少なくともツベルクリン反応検査、またはレントゲン検査を受けたか否かによって記入する。

◎この妊娠届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・育児への支援の目的以外に母子保健施策の推進のために統計的な処理を行うことや国・埼玉県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。

◎この妊娠届出書の情報は、切れ目のない支援のため保健師・助産師等がご様子をうかがい、関係機関と内容を共有します。

このことについて同意します。  
令和 年 月 日 本人(代理人)署名

窓口記入欄

母子健康手帳交付番号	—	外国語版 ( ) 語
確認欄	番号書類	<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・記載事項証明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 未
	本人(妊婦)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 未
	本人以外	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人本人確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( )