

妊 娠 届 出 書

(5年保管)

※母子健康手帳交付番号 第 号

フリガナ		職 業	個人番号(マイナンバー)				※※国籍
妊婦氏名							
住所地	越谷市	電話番号(携帯) () 電話番号(自宅) ()	生年月日	年 月 日(歳)			
			出産予定日 妊娠週数・月数	現在 年 月 日 (週間 (か月)			
世帯主氏名			妊娠回数	はじめて ・ 回目			
夫の氏名				受けた ・ 受けていない			
今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか				受けた ・ 受けていない			
今回の妊娠で結核に関する健康診断を受けましたか				受けた ・ 受けていない			
診断または保健指導を受けたときの 病院名、または医師・助産師の氏名	医療機関名						
	医師氏名						
	助産師氏名						
上記届出いたします。 年 月 日			妊婦氏名				
越谷市長 宛			代筆 (続柄)				
※発行した受診票等 (セット、 子宮頸がん)			受付担当者:				

※欄は記入しないでください

本人確認【 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ 健康保険証 ・ () 】