母子手帳番号(NO.)

妊娠届出書

まんのう町長殿

届出年月日 年 月 日

ふりがな				生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし)			年 月 日		
マイナンバー (個人番号12桁)						
ふりがな				生年月日	年齢	職業
夫(パートナー)氏名				年 月 日		
居住地	(〒)			電話	()	
				携帯番号	()	
医師または助産師の診断または保健指導を受けたとき	初診年月日	年 月 日		妊娠週数	満 週 (か月)	
	分娩予定	年 月 日		性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
	特記事項	①単胎 ②多胎(胎)		結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
	妊婦健診受診医療機関			健康保険の種別	①社会保険	
	分娩医療機関				②まんのう町国保	
				③その他 ()		

備考