

妊娠届出書

届け出年月日 年 月 日

浦添市長殿  
母子保健法第15条の規定に基づき次の通りに届け出ます。

届出者氏名： (続柄： )  
※代理人の場合  
住所：  
連絡先：

|                                        |  |  |  |                               |  |  |  |             |   |   |   |                             |   |   |   |                                                                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|-------------|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
|                                        |  |  |  | マイナンバー                        |  |  |  |             |   |   |   |                             |   |   |   |                                                                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |  |  |  | 親子健康手帳番号                      |  |  |  | 4           | 7 | 2 | 0 | 8                           | - | 2 | 0 |                                                                                          |  | - |  |  |  |  |  |  |  |
| (ふりがな)                                 |  |  |  |                               |  |  |  | 生年月日        |   |   |   | 年齢                          |   |   |   | 職業                                                                                       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 妊婦氏名                                   |  |  |  |                               |  |  |  | S・H 年 月 日   |   |   |   |                             |   |   |   | 職業名：( )<br>①常勤(正規・契約・派遣)<br>②パート・アルバイト・日雇い<br>③自営業・農業・漁業<br>④学生( )<br>⑤主婦 ⑥無職<br>⑦その他( ) |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| ①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし・未定) ③再婚             |  |  |  |                               |  |  |  |             |   |   |   |                             |   |   |   |                                                                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| (ふりがな)                                 |  |  |  |                               |  |  |  | 生年月日        |   |   |   | 年齢                          |   |   |   | 職業                                                                                       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 夫氏名<br>(パートナー)                         |  |  |  |                               |  |  |  | S・H 年 月 日   |   |   |   |                             |   |   |   | 職業名：( )<br>①常勤(正規・契約・派遣)<br>②パート・アルバイト・日雇い<br>③自営業・農業・漁業<br>④学生( )<br>⑤主婦 ⑥無職<br>⑦その他( ) |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地                                    |  |  |  | (〒 )                          |  |  |  |             |   |   |   | 電話<br>携帯電話                  |   |   |   | ( )<br>( )                                                                               |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 転居の予定                                  |  |  |  | ①いいえ ②あり(県内：市町村名 県外 国外 ) ③検討中 |  |  |  |             |   |   |   |                             |   |   |   |                                                                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師又は<br>助産師の<br>診断又は<br>保健指導<br>を受けたとき |  |  |  | この妊娠の初診年月日                    |  |  |  | 年 月 日       |   |   |   | 妊娠週数                        |   |   |   | 現在 週                                                                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |  |  |  | 分娩予定日                         |  |  |  | 年 月 日       |   |   |   | 今回の妊娠で性病<br>に関する健康診断<br>の有無 |   |   |   | ①受けた ②受けてない                                                                              |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |  |  |  | 特記事項                          |  |  |  | ①単胎 ②多胎( 胎) |   |   |   | 今回の妊娠で結核<br>に関する健康診断<br>の有無 |   |   |   | ①受けた ②受けてない                                                                              |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                        |  |  |  | 医療機関等の所在地・名称・医師又は<br>助産師氏名    |  |  |  |             |   |   |   | 健康保険<br>等の種別                |   |   |   | ①社保 ②国保<br>③生活保護<br>④その他( )                                                              |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産予定の医療機関の所在地・名称・医師又は<br>助産師氏名         |  |  |  |                               |  |  |  |             |   |   |   |                             |   |   |   |                                                                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

・この届出書から妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関で情報共有を図り、保健師や医療機関等から連絡・訪問させていただく場合があります。ご了承ください。

・プライバシーの保護には十分留意します。

・お住まいの市町村や沖縄県の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沖縄県に情報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ことがあります。

【職員確認欄】

本人確認(番号確認＋身元確認)□にチェックしてください。

- ☐ 個人番号カード
- ☐ 個人番号通知カード・個人番号が記載された住民票
- ☐ 運転免許証・パスポート・その他写真付き( )
- ☐ 健康保険証・その他( )
- ☐ 住民基本台帳

※本人より個人番号の確認ができない場合は身元確認のみ

妊娠届出書 収受サイン ( )