

個人番号（妊婦）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

□個人番号を確認するものを持参しなかったため、
必要時、住民基本台帳ネットワークシステムで
個人番号を確認していただくことに同意します。
(氏名)

【確認書類】 ※確認したものにチェックする

●妊婦本人が届出時（①～③のいずれかの書類）

- ①□個人番号カード
- ②□個人番号通知カード及び顔写真付身分証明書どれか1つ
(運転免許証・パスポート・その他)
- ③□個人番号通知カード及び顔写真なし身分証明書どれか2つ
(健康保険証・年金手帳・学生証)

●代理人が届出時（①～③のすべての書類）

- ①□委任状
- ②妊婦さんの番号確認書類（次のいずれか）
 - 個人番号カード又はその写し
 - 個人番号通知カード又はその写し
- ③代理人の身分確認書類（次のいずれか）
 - どれか1つ（運転免許証・パスポート）
 - どれか2つ（健康保険証・年金手帳・学生証）

確認者 ()

妊娠届出書

	氏 名 (ふりがな)	生 年 月 日	職 業
妊 婦 夫 （ パ ー ト ナ ー）		S・H 年 月 日	
		S・H 年 月 日	
住 所	〒632- 天理市		
電 話 番 号	自宅 (方)		
	携帯電話 妊婦		
	夫(パートナー)		

家族構成（同居・上記以外）

氏 名	生 年 月 日	続 柄
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

この妊娠届出書は天理市健康推進課で保管し、母子の健康管理目的以外には
使用しません。

令和 年 月 日

上記の通り届出します

天理市長様
妊婦氏名

代理人 氏名 続柄
住所

受 付 者	
母子手帳番号	
住 民 票	有 ・ 無 H ・ F ・ N
※転入 母子手帳発行市町村 () 本市転入日 年 月 日	

妊娠週数	週目 (か月)
分娩予定日	年 月 日

(出産までに転出する予定 無 ・ 有)

妊娠の診断を受けた医療機関等の名称 都道府県名 ()
出産予定の医療機関等の名称 都道府県名 ()

今回の妊娠1年以内に結核に関する健康 診断を受けた (有 ・ 無)
今回の妊娠1年以内に性病に関する健康 診断を受けた有無 (有 ・ 無)