

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	生年月日		年 月 日(歳)		
	電話番号(携帯) () 電話番号(自宅) ()	出産予定日 妊娠週数・月数		現在 年 月 日 週 (か月)		
世帯主氏名		妊娠回数		はじめて・ 回目		
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・資格確認書・() 】