

妊 娠 届 出 書

(兼母子健康手帳交付申請書)

◎太枠の中をご記入ください

※母子健康手帳交付番号 (市・保セ) 第 号		新規	追加	再発行
フリガナ 妊 婦 氏 名	昭和 平成 西暦	年 月 日生 (歳)	保険 職業	国保・社保 有 無
個人番号				
夫 (パートナー) フリガナ 氏 名	昭和 平成 西暦	年 月 日生 (歳)	保険 職業	国保・社保 有 無
夫 (パートナー) フリガナ 氏 名	市外の方のみ (市区町村) 外国の方のみ国籍 ()			
世帯主氏名	(続柄)	妊婦の国籍 (外国人の方のみ記入)		
居 住 地 及 び 連 絡 先	狭山市 電話番号<自 宅> - - <妊婦携帯> - - 連絡可能な時間帯: いつでも良い / 午前・午後・夜間 (時)	婚姻状況	既婚 (年 月) 未婚 入籍予定: 有 (月ごろ) : 無	
妊娠週数 (月数)	第 週 (第 月)	分娩予定日	年 月 日	
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・受けない・受ける予定			
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・受けない・受ける予定			
今回の妊娠の診断を受けた医療機関等	医師または助産師氏名			
妊 娠 回 数	初回・その他 (回目)	今までの出産経験	なし・あり (回)	
上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日 (宛先) 狭山市長 届出者氏名 _____ (代理人の場合 妊婦との続柄 _____)				

※妊婦本人以外の方が届出する場合は、下記を妊婦が記載してください。

委任状

狭山市長 _____ 年 月 日

受任者 (代理人) 住所 _____
氏名 _____ 委任者との間柄 (_____)

私は、上記の者を代理人とし、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 (妊婦本人) 住所 _____
氏名 _____ ④ 生年月日 年 月 日生

職員記入欄 (取扱者④)	個人番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (本人確認も済で良い) <input type="checkbox"/> なし (市で確認する承諾 <input type="checkbox"/>)
	本人確認又は 代理人確認	1点 (写真付公的証明): <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 (_____) 2点 (写真なし公的証明): <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	出産応援金	申請書受理 <input type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 不受理 (<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 未受診→ <input type="checkbox"/> 申請後日 / <input type="checkbox"/> 領収書・口座書類忘れ→ <input type="checkbox"/> 郵送対応)

●裏面もご記入ください●