

# 妊 娠 届 出 書

届出場所： 

本庁	保セ	南セ	支所	市川	行サ	大柏
----	----	----	----	----	----	----

※個人番号（マイナンバー）は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行っております。

マイナンバー		届出年月日	2	0	年	月	日						
妊婦	フリガナ			国籍									
	氏名												
	生年月日				年		月		日	歳	職業	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 主婦	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他
	住所	市川市						電話番号	自宅 047- - 携帯 - -				
子の父	フリガナ			国籍									
	氏名												
	生年月日				年		月		日	歳	職業	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 主夫	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください						電話番号	自宅 047- - 携帯 - -				

出産予定日	2	0	年	月	日	妊娠週数	週	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎
医師または助産師の診断を受けたところ	施設名					医師または助産師名			
	住所								
性病に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けていない		1年以内の胸部レントゲン検査の有無	<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けていない	
妊娠回数	<input type="checkbox"/> 初回		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目	<input type="checkbox"/> それ以上（ <input type="text"/> 回目 ）			
出産回数	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> それ以上（ <input type="text"/> 回 ）			

母子保健法第15条、16条に基づき、上記のとおり届け出ます。  
 母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票の交付を受けるにあたり、市川市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、市川市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本届出書及び妊娠届出時のアンケートの情報を利用することに同意します。

市 川 市 長 あて  
 届出者および受領者氏名 妊婦との続柄（  ）

※記載の内容によっては、保健センター保健師より連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。  
 ※ご記入していただいた内容は、市川市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用いたしません。

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には、委任状が必要です。以下の委任状を必ず妊婦ご本人がご記入ください。

## 委任状

\_\_\_\_\_年 月 日

委任者（妊婦本人） 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

私は、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に規定される個人番号の提供を伴う妊娠の届出及び母子健康手帳の受領等に関する一切の権限を次のものに委任します。

受任者（代理人） 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係（  ）

\*\*\*\*\* 担当者記入欄 \*\*\*\*\*

<p>※妊婦本人</p> <p>・妊婦の番号確認 <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>通知カード <input type="checkbox"/>住民票 <input type="checkbox"/>なし</p> <p>・妊婦の身元確認 <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>他（ <input type="text"/> ）</p> <hr/> <p>※代理人 <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>代理権</p> <p>・代理人の身元確認 <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>他（ <input type="text"/> ）</p> <p>・妊婦の番号確認 <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>通知カード <input type="checkbox"/>住民票 <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>妊婦健診コード（必須） <input type="text"/></p> <p>受付担当者 <input type="text"/></p> <hr/> <p>別冊番号 <input type="text"/> 別冊番号（多胎の場合） <input type="text"/></p> <hr/> <p>保健 <input type="text"/> 疾患名 <input type="text"/> 多胎 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>ない 健かる <input type="checkbox"/>入力 <input type="checkbox"/>なし 台帳 <input type="checkbox"/>入力 <input type="checkbox"/>なし</p>
---	---