

受付No. _____

妊婦健康診査助成券No. _____

外国語版 有(_____ 語)・無

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(あて先) 福 岡 市 長

下記のとおり届出いたします

※妊婦記載欄

		個人番号									
妊婦氏名	フリガナ		妊婦の生年月日				電話番号 (携帯)				
			昭和・平成 年 月 日 ()歳								
住所	住民票のある住所	福岡市 区									
	居住地住所	上記住所と違う方のみご記入ください									
妊婦の職業		妊婦週数	(届出時)	妊婦回数	<input type="checkbox"/> 初めて	前回妊娠中に異常がありましたか					
			週		<input type="checkbox"/> 回目	<input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった				

○妊娠届出時にいただいた情報については、妊娠期から子育て期のご家庭の支援を目的に、医療機関との連携・妊娠および乳幼児訪問・乳幼児健診・妊婦のための支援給付等に活用させていただきます。目的外に使用することはありません。

※医療機関等記載欄

今回の妊娠の診断及びうけた検査	分娩予定日	年	月	日	妊娠週数	週	<input type="checkbox"/> 多胎	(胎)							
	梅毒検査(性病の血液検査)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない												
	結核検診(胸のレントゲン検査)	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない												
	施設住所													
施設名														
医師名又は助産師名														
医療機関コード	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														

(注)該当のところは、□内にレしてください。

【職員記載欄】

●番号確認書面
 個人番号カード 番号通知カード 住民票(番号記載有) その他()

●身元確認書面
 <1点確認書面>
 個人番号カード 住基カード(写真付) 運転免許証, 運転経歴証明書 旅券 身障手帳, 療育手帳, 精神障害者保健福祉手帳 在留カード, 特別永住者証明書 その他()

<2点確認書面>
 住基カード(写真なし) 公的医療保険・被保険者証 年金手帳 児童扶養手当証書, 特別児童扶養手当証書
 その他()