

妊 娠 届 出 書

交付番号

ふりがな 妊婦氏名		年 月 日生 ( 歳)	職業	無・有 ( )
住 所	(住民票)			
	*住民票と生活している住所が違う方はご記入ください			
電話番号	(自宅) (携帯)		国籍	*日本以外の方のみご記入ください
ふりがな 夫の氏名 (児の父)		年 月 日生 ( 歳)	職業	無・有 ( )
住 所	*妊婦と生活している住所が違う方のみご記入ください			
電話番号	(自宅) (携帯)		国籍	*日本以外の方のみご記入ください
妊娠週数	週 ( か月)	出産予定日	年 月 日	
妊娠回数	(今回も含め) 回	出産回数	回	
妊娠の診断並びに保健指導 を受けた医師・助産師の氏名	医療機関名 医師名 助産師名			
結核に関する健康診断	受けた ・ 受けない		性病に関する健康診断	受けた ・ 受けない
*今回の妊娠に関して、ツベルクリン反応検査又はレントゲン検査を受けたか否かによって記入すること。		*今回の妊娠に関して、血液検査を受けたか否かによって記入すること。		
上記のとおり届出をいたします。 年 月 日 日光市長 様 届出人				

妊婦本人の個人番号										

委任状	
行政手続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届出書の提出について、下記の者に委任します。	
○委任者氏名	印（署名又は記名押印）
○受任者氏名	本人との関係
生年月日	年 月 日
住所	