

妊娠届出書

届出年月日	年 月 日
母子健康手帳番号	

太枠の中を記入してください

		妊婦の個人番号 (マイナンバー)			
妊婦氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
夫氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
居住地	愛媛県四国中央市			電話番号	() -
診察日	年 月 日	分娩予定日	年 月 日		
妊娠週数	週 (か月)	妊娠状況	初産 ・ 経産		
医師または助産師の診断または保健指導を受けたときは、その氏名					
性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない ・ 不明		結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない ・ 不明	
上記のとおり届出をいたします。					
年 月 日 届出人氏名 (続柄 :)					
四国中央市長 様					

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合は、委任状が必要です。下記の委任状を**必ず妊婦本人**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、下記の者を受任者と定め、妊娠の届出及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。	
受任者(窓口に来る方)	住所 氏名 委任者(妊婦)との関係:

<個人番号の利用目的について>

妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則にもとづいて収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児訪問、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導に関する事務に使用します。この個人番号は、当該事務に必要ななくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合は、速やかに破棄します。

行政記入欄	本人確認		番号確認	代理権確認
	1点確認(写真付き)	2点確認		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 委任状	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 妊婦の保険証	
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 妊娠届出書+代理人確認書	
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 職員名 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	