

妊 娠 届 出 書											
					母子健康手帳交付番号			号			
ふりがな					生年月日	昭・平	年	月	日	歳	職業
妊婦氏名											
個人番号											
現住所	〒					携帯電話番号					
妊娠週数	週 ( 第 月 )				出産予定日		年 月 日				
性病に関する健康診断 (血液検査) ※○をつける		受けた		受けていない		結核に関する健康診断 ※○をつける		受けた		受けていない	
診断をうけた 医療機関 および 医師または 助産師名	医師または助産師の診断、または保健指導の有無 ※○をつける					受けた		受けていない			
	医療機関名										
	所在地										
	氏名										
上記のとおり届出をいたします。											
年 月 日											
結 城 市 長 殿 届出者氏名											
(妊婦本人以外の場合は、妊婦との続柄 )											

- 注 (1)この届出書をもとに、保健師等が記入された電話番号に連絡することがあります。  
(2)施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。  
(3)個人番号は母子保健法及び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に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。 ※個人番号の記入がなくても申請は可能ですが、その場合、市で個人番号を取得させていただきます。

委任状	※代理人が申請する場合は必ず記入してください	年 月 日
委任者(妊婦) 住所		
※本人が記入		
氏名		
私は、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次の者に委任します。		
受任者(代理人) 住所		
氏名		

市処理欄	宛名番号	確認書類	
		番号確認	個人カード・通知カード・住民票・不所持・紛失・他( )
		身元確認	1点 免許・バ・官身・住カ・個人カ・住カ写・身・不所持・他( )
			2点 保険・年金証・介護保・銀行・診察・住カ無・他( )

窓口対応者 ( )