

妊娠届出書

No.

R6.4. 1～

ふりがな					生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)
妊婦氏名					職 業	
個人番号						
住 所	香川県東かがわ市				妊娠週数(月数)	週(か月)
	連絡先(TEL)				初診年月日	年 月 日
	里帰り先の住所() 連絡先(TEL)(宅) 里帰り(無・有(年 月頃)・未定) 県外での里帰り出産予定の方は右下*欄にもご記入をお願いします。				出産予定日	年 月 日
(ご本人様以外の緊急連絡先)	氏名: (続柄) 電話() ※ご本人様と連絡が取れない時にご連絡をさせていただく場合があります。				保険の種類	① 社保(本人・家族) ② 国保 ③ いずれでもない()
健康診査を受ける病院名(助産所名)	県内・県外 (TEL)					
分娩予定施設	県内・県外 (TEL)					

上記のとおり届出をいたします
年 月 日

東かがわ市長 殿

妊婦氏名

(代理人の場合:氏名

住所

妊婦との続柄

)

氏名	続柄	生年月日	職業・所属等	健康状態	保健師への連絡事項	
	入籍済・入籍予定(年 月頃)・入籍予定なし					
家族構成					* 県外での里帰り出産予定の方	帰省する時期()月()日頃 病院名 () 住所(県 市町) TEL ()

* 欄はわかる範囲内で構いませんのでご記入をお願いします。まだ未定の方は帰省する1か月前にはお手数ですがごども家庭課までご連絡ください。

【1. マイナンバーカード 2. 運転免許証 3. 健康保険証 4. 住基 5. その他

【個人番号確認 1. 個人番号通知カード 2. マイナンバーカード 3. その他

4. なし 】

裏面もありますので必ずご記入ください。