

# 妊 娠 届 出 書

市町村5年保管

<input type="checkbox"/> 私は妊娠届出にあたり、住基システムで住所地等を確認することに同意します。			
※母子健康手帳交付番号 第 _____ 号		妊婦個人番号 (マイナンバー)	
フリガナ			世帯主氏名
妊婦氏名			夫の氏名
年 齢	歳	職 業	※※国 籍
	( 年 月 日生 )		※※外国人登録地
居 住 地	越生町		妊 娠 週 数
	電話番号		第 _____ 週 (第 _____ 月)
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無			受 け た ・ 受 け ない
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無			受 け た ・ 受 け ない
診断または保健指導を受けた医療機関		病院名 助産院名	
妊 娠 回 数			初 回 ・ その他 ( _____ 回)
上記届出いたします。 <div style="text-align: center;">           _____ 年 _____ 月 _____ 日 越生町長 様            妊 婦 氏 名         </div>			

※印は市町村長が記入すること。 ※※印は外国人のみ記入すること。

本人確認 <input type="checkbox"/> 住基システム <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
---