妊　娠　届　出　書

ふりがな		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）
妊婦氏名		個人番号	
妊婦の職業		＊外国人のみ国籍	
居　住　地	（２８３－　　） 東金市	電話　産後も連絡が可能なもの （　　）	

今回の妊娠で診断又は保健指導	受けた・受けていない
妊娠の診断を受けた医療機関	医療機関名： 医師又は助産師名：
出産予定医療機関	上記と同じ・上記と異なる（施設名：　　）・未定
県外医療機関での妊婦健診受診予定	あり　・　なし　・　未定

現在　妊娠満　　週　（分娩予定日　令和　　年　　月　　日）

性病に関する健康診断（血液検査）	受けた・受けていない
結核に関する健康診断（レントゲン）	受けた・受けていない

上記のとおり届け出ます。

令和　　年　　月　　日

東金市長

届出者氏名

【代理人の場合妊婦との続柄：　　】

受領サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※市町村使用欄（下欄には記入しないでください）

母子手帳番号	本人確認	受付印
	□　個人番号カード □　通知カード＋運転免許証等	
別冊番号	□　運転免許証 □　在留カード □　パスポート □　その他（　　）	サイン：