

# 妊娠届出書

ふりがな 妊婦氏名		生年月日	S・H 年 月 日生 (満 歳)	職業	
個人番号					
ふりがな 夫の氏名		生年月日	S・H 年 月 日生 (満 歳)	職業	
居住地	(電話 - - )				
妊娠週数	週 ( か月)	出産予定日	年 月 日		
血液検査(性病検査)			受けた	受けない	
胸部のレントゲン検査(1年以内)			受けた	受けない	
妊娠回数 <small>(流産・死産・中絶を含む。)</small>	今回を含め	回	お子さんの人数 <small>(現在の妊娠を除く。)</small>	人	
前回までの妊娠中の異常	ない ある ( )				
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたときはその氏名					
母子保健法第15条の規定により届け出ます。 年 月 日 妊婦氏名 (宛先) 長野市長					

※医療機関記入  
胎児心拍確認日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、長野市が市町村、医療機関及び相談支援機関等の関係機関に対し、相互に必要な情報を確認及び共有することに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊婦氏名 \_\_\_\_\_

(長野市処理欄)

受付年月日		交付場所	
母子手帳番号		受診票交付番号	
妊婦の個人番号 確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード (氏名、住所が住民票に記載されている事項と一致しているもの) <input type="checkbox"/> 番号付き住民票		
妊婦の身元確認 書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート その他 (2点必要) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 顔写真付き学生証 <input type="checkbox"/> ( )		
<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書確認 <input type="checkbox"/> (忘れた場合) 産科医療機関へ電話で確認			
(代理人が届出の場合) <input type="checkbox"/> 委任状 (様式は長野市ホームページからダウンロード可) 代理人の身元確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 (2点必要) ( ) ( )			