

妊娠届出書

交付番号 NO.

ふりがな	れいほく はなこ	ふりがな	れいほく たろう
妊婦氏名	荅北 花子	夫 (パートナー) 氏名	荅北 太郎
生年月日	昭和 ○ 年 △ 月 ○ 日 (○○ 歳) 平成		
個人番号	※ご自身のマイナンバーを記入してください		
職業	有 () 無		
現住所	荅北町志岐○○○番地○ 区名 () TEL (携帯: 090-△△△△-○○○○ 自宅: 35-○○○○)		
出産予定日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (現在妊娠 ○ 週)		
性病に関する健康診断 (梅毒、HIV抗体等)	受けた (いつ頃:) ・受けていない		
結核に関する健康診断 (胸部レントゲン検査)	受けた (いつ頃:) ・受けていない		
上記のとおり、届けます。 令和○年 ○月 ○日 世帯主氏名 荅北 太郎 妊婦氏名 荅北 花子 荅北町長様			

上記の者について、妊娠の診断をしたことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
代表者名

妊娠の診断をされた医療機関に証明
をしてもらって下さい。