

山梨市 妊娠届出書

届出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

母子健康手帳番号 _____

妊婦氏名		生年月日		職業	
子の父の氏名		生年月日		職業	
住所	〒	個人番号 (マイナンバー)			
		電話番号			
出産予定日	年 _____ 月 _____ 日	妊娠週数	_____ 週		

病院名 又は医師名	医療機関 医師・助産師名
性病に関する健康診断 (血液検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 分からない
結核に関する健康診断 (胸部レントゲン)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 分からない

上記のとおり届出いたします。届出に伴い、下記の受診票を受領しました。

※電子申請の場合は、母子健康手帳交付時にお渡しします。

- 妊婦一般健康診査受診票 14 枚
- 追加検査①～⑥ 6 枚
- 妊婦歯周疾患検診受診票 1 枚
- 産婦健診受診票 2 枚
- 新生児聴覚検査受診票 1 枚

_____ 年 _____ 月 _____ 日

山梨市長殿

届出者氏名 _____ 続柄 _____

(代理人の場合は以下も記入)

住所 _____

連絡先 _____

- 【市役所事務処理欄】・身元確認書類 運転免許証 保険証 マイナンバーカード パスポート その他 (_____)
- ・代理受領の場合の理由 (_____)
- ・面接希望日時 第1希望 \${母子手帳交付の面談希望日時【第1希望】}
- (電子申請時) 第2希望 \${母子手帳交付の面談希望日時【第2希望】}