

# 妊 娠 届 出 書

(フリガナ) 妊婦氏名		年齢	満 歳 年 月 日生	職業 個人番号	
居住地	大阪市 区 TEL - -				
住民票の所在地	<input type="checkbox"/> 居住地と同じ <input type="checkbox"/> 居住地と異なる ( )				
妊娠週数	満 週 (第 か月) (出産予定日: 年 月 日)	妊娠の診断を受けた医師 及び助産師の氏名			
性病に関する健康診断の有無	受けた 受けていない	結核に関する健康診断の有無	受けた 受けていない		
記載上の注意	1. 「性病に関する健康診断の有無」欄は、血液検査を受けたか否かによって記入すること。 2. 「結核に関する健康診断の有無」欄は、今回の妊娠について少なくともツベルクリン反応検査又はレントゲン検査（透視、撮影いずれにても可）を受けたか否かによって記入すること。				
上記のとおり届出いたします。 <b>【あて先】</b> 大阪市長 年 月 日 (フリガナ) 届出者氏名: 妊婦との続柄:					

※保健福祉センター使用欄

母子健康手帳 発行番号		予防接種手帳 発行番号		個人番号	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等
<b>◆届出者の本人確認書類</b> <b>【写真あり】※1つ提示</b> <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"/> 写真付身分証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【写真なし】※2つ以上提示</b> <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 写真なし身分証明書等 <input type="checkbox"/> 生保受給証明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>◆代理人が届出の場合</b> <input type="checkbox"/> 委任状 <b>◆居住地と住民票の所在地が異なる場合</b> <input type="checkbox"/> そ明資料 ( ) <input type="checkbox"/> 他部署へ連絡					