

妊娠の届出

マイナンバー																							
親子健康手帳番号 (母子健康手帳)	4	7					-	2	0														
ふりがな 妊婦氏名																							
生年月日	昭和・平成 年 月 日												年齢	歳									
住 所	名護市												職業										
医師又は助産師の診断を 受けた場所																							
出産予定日	年 月 日						妊娠週数						週										
性病に関する 健康診断	受けた 受けてない						結核に関する 健康診断						受けた 受けてない										
<p>名護市長殿</p> <p>母子保健法第 15 条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名： _____ (続柄： _____)</p> <p style="text-align: center;">※代理人の場合</p> <p style="text-align: center;">住 所： _____</p> <p style="text-align: center;">連絡先： _____</p>																							

(身分確認) 事務処理欄	1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード ※有効期限確認	
		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード (写真あり) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害者・療育手帳	
	2 点	A <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 ※A+AorB	B <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証