

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>届出者氏名：_____ (続柄：_____)</p> <p>※代理人の場合</p> <p>住 所：</p> <p>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			
(必要書類)	給付金 出産応援	<input type="checkbox"/> ①領収書及びエコー(超音波)写真 ※領収書とエコー写真は、 年月日と名前が同じであること <input type="checkbox"/> ②妊娠証明書 <input type="checkbox"/> ③通帳又はキャッシュカード ※①or②+③が揃っていること											

