

母子健康手帳交付番号	
妊婦健診受診票発行番号	
歯科検診受診券発行番号	
産婦健診受診票発行番号	
新生児聴覚検査発行番号	
1か月児健診発行番号	

* 個人番号の利用については、母子保健施行規則に基づき取得・管理を行い、母子保健法による各事務(妊娠の届出、母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出)で使用します。この個人番号は、当該事務において必要がなくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合には速やかに破棄します。

妊婦本人の個人番号(マイナンバー)									
□個人番号カード									
□個人番号通知カード					<左記の場合の本人確認>				
□個人番号記載あり住民票(写し可)					1点で可(顔つき身分証明書)				
□その他()					運転免許証・パスポート・()				
※持参不可時の説明と同意 □済					2点以上				
					健康保険証・年金手帳・診察券・()				

妊娠届出書

届出年月日 年 月 日

羅臼町長 様

届出人氏名 _____
妊婦本人・代理人(妊婦との関係 _____)

母子保健法第15条の規定により、下記のとおり届出いたします。

ふりがな 妊婦氏名	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	職業・勤務先	1. 主婦(家事育児のみ・稼働手伝い) 2. 職業あり(常勤・自営・パート・アルバイト・他) ※退職予定あり 年 月 日 職種 _____ 勤務先 _____		
ふりがな 夫氏名 (パートナー一名)	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	職業・勤務先	1. 職業なし 2. 職業あり(常勤・自営・パート・アルバイト・他) ※退職予定あり 年 月 日 職種 _____ 勤務先 _____		
住所	*住所はアパート名・部屋番号まで詳しくお願いたします (住民票) 羅臼町 町 番地 (現在住んでいる所) *上記と異なる場合ご記入ください		電話番号	自宅 ☎: 妊婦携帯 ☎: ①夫携帯 ☎: (パートナー) ②夫以外 ☎: 連絡先氏名 (続柄 _____)		
妊娠週数	第 週	出産予定日	令和 年 月 日	第 子	結婚年月日	平成・令和 年 月 日
今回の妊娠前の過去1年間で受けた検査に○をつけてください			性病に関する健康診断 ・ 結核に関する健康診断			
診断または保健指導を受けた医療機関名			町立中標津病院・町立別海病院・釧路赤十字病院・()			
診断または保健指導を受けた医師・助産師名						
今後の妊婦健診の医療機関名		町立中標津病院・町立別海病院・釧路赤十字病院・市立釧路総合病院・()				
分娩予定の医療機関名		町立中標津病院・町立別海病院・釧路赤十字病院・市立釧路総合病院・()				
*産後帰省される場合ご記入ください。妊婦の実家・夫の実家・その他() 帰省先住所: (世帯主) 様方			健康保険の種類	*該当する項目に○をつけてください。 ・国民健康保険 ・その他()		
帰省先 ☎:						
帰省予定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日						

◎災害時や妊娠・出産での緊急時に備え、羅臼消防署・知床らうす国保診療所・必要に応じて町立中標津病院へ情報提供することに (同意します ・ 同意しません)

年 月 日 署名

◎経済的負担軽減を図るため、低所得の妊産婦に対し支援を行います。(初回産科受診料費用助成、産後ケア事業利用助成等)

- 1) 所得判定のため、世帯の課税状況を確認すること
- 2) 医療機関等の関係機関と市町村が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有すること

※保健福祉課記入
23週
27週
32週
37週
40週

1)2)ともに (同意します ・ 同意しません)

年 月 日 署名