

# 妊 娠 届 出 書

市町村 5年保管

個人番号						※ 母子健康手帳交付番号 第	号
フリガナ					世帯主氏名		
妊婦氏名					夫の氏名		
年 齢	( 年 月 日生)	歳	職業	※※国 籍			
				※※外国人登録地		市区町村	
居 住 地	電話番号 ( 方 荘)				妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)	
					分娩予定日	年 月 日	
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無					受けた・受けない		
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無					受けた・受けない		
診断または保健指導を受けたときは その医師・助産婦氏名				医師氏名			
				助産婦氏名			
妊 娠 回 数					初回・その他 ( 回)		
上記届出いたします。 年 月 日 東秩父村長 様 妊婦氏名							

※印は市町村長が記入すること。

※※印は外国人のみ記入すること。

## 【記載例】

# 妊 娠 届 出 書

市町村 5年保管

個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3					※ 母子健康手帳交付番号 第	号
フリガナ	ヒガシチチブ ミチカ				世帯主氏名	東 秩 父 健 人	
妊婦氏名	東 秩 父 康 華				夫の氏名	東 秩 父 健 人	
年 齢	(2000年 4月 20日生)	25 歳	職業	会社員	※※国 籍		
					※※外国人登録地		市区町村
居 住 地	東秩父村大字坂本1284-1 電話番号 0493-82-1557 ( 方 荘)				妊娠週数 (妊娠月数)	第 8 週 (第 3 月)	
					分娩予定日	2026年 5月 10日	
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無					受けた・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">受けない</span>		
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無					受けた・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">受けない</span>		
診断または保健指導を受けたときは その医師・助産婦氏名				医師氏名		荻野 吟子	
				助産婦氏名			
妊 娠 回 数					初回・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">その他</span> ( 2 回)		
上記届出いたします。 2025年 9月 30日 東秩父村長 様 妊婦氏名 東 秩 父 康 恵							

※印は市町村長が記入すること。

※※印は外国人のみ記入すること。