（平成30年3月）

妊　娠　届　出　書

届出年月日　　年　　月　　日

与那国町長　殿

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

届出者氏名：　　（続柄：　　）

※代理人の場合

住　所：

連絡先：

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）		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	①既婚 ②未婚（入籍予定 あり・なし・未定）③再婚	年　月　日		職業名： ①常勤（正規・契約・派遣） ②ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生（　　） ⑤主婦　⑥無職 ⑦その他（　　）
（ふりがな）		生年月日	年齢	職業
夫氏名（パートナー）		年　月　日		職業名： ①常勤（正規・契約・派遣） ②ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生（　　） ⑤無職 ⑥その他（　　）

居住地	（〒　　）	電話 携帯電話	（　　） （　　）
転居の予定	①いいえ　②あり（県内：市町村名　　・県外・国外　）　③検討中		

医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき				
	この妊娠の初診年月日	年　月　日	妊娠週数	満　週（　か月）
	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	①受けた　②受けていない
	特記事項	①単胎　②多胎（　胎）	今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無	①受けた　②受けていない
	医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名		健康保険等の種別	①社保　②国保 ③生活保護 ④その他（　　）
出産予定の医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師名				

・この届出書から妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関等で情報共有を図り、保健師や医療機関等から連絡・訪問をさせていただく場合があります。ご了承ください。
・プライバシーの保護には十分留意します。
・お住まいの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや沖縄県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する事があります。