

【申請に必要なもの】※申請前に必ずご確認ください、申請書と一緒に持ちください。

妊婦本人申請	マイナンバー通知カード ド をお持ちの方	<input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード+妊婦本人の顔写真付き公的証明書（運転免許証・旅券等）1点 または <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード+顔写真のない公的証明書（健康保険証・年金手帳・官公署が発行した身分証明書等）2点
	マイナンバーカードを お持ちの方	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードのみで申請できます。
代理人申請	<input type="checkbox"/> 委任状（妊娠届出書の委任状の欄に妊婦本人が記入） <input type="checkbox"/> 妊婦本人のマイナンバーカード、または、妊婦本人のマイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 代理人の顔写真付き公的証明書1点、または、顔写真のない公的証明書2点	

## 妊 娠 届 出 書

※マイナンバーおよび太枠の中をご記入ください。（妊婦本人がご記入ください）

妊娠届出日	年 月 日
妊婦本人のマイナンバー	

〈マイナンバーの利用目的について〉妊婦のマイナンバーは、母子保健法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導等に関する事務で使用します。

ふりがな	生年月日	年齢	職業
氏名 <small>(既婚・未婚) (入籍予定:あり・なし)</small>	S・H 年 月 日	歳	
自宅の電話番号	携帯電話番号		
ふりがな	生年月日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)	S・H 年 月 日	歳	
住所	桜川市	保険の種類	
		国保・社保・その他( )	
現在の妊娠週数	満 週 ( か月 )	特記事項	単胎・双胎 不妊治療:なし・あり
		結核診断	性病診断
		なし・あり	なし・あり
出産予定日	年 月 日	医療機関名	(県内・県外)
上記のとおり、届出いたします。			
年 月 日			
桜川市長 殿 届出者氏名: ※代理の場合、妊婦との続柄( )			

母子健康手帳番号	発行した受診票	妊婦 1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16 産婦 1・2 聴覚 乳児1カ月	受取者
----------	---------	---	-----

※代理人が申請する場合は、必ず記入してください。

## 委任状 (※妊婦本人が記入してください)

年 月 日

委任者(妊婦本人) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

私は、妊婦の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_