

妊娠届出書 兼 妊娠連絡票

太枠の中をご記入ください。 番号がある場合は該当する番号に○をしてください。

※必要時、西宮市から保健医療福祉機関等へ、届出内容について情報提供することがあります。個人情報の取り扱いについては、西宮市個人情報保護条例に基づき適正に管理します。

西宮市長 様 下記の通り妊娠を届け出ます。

※届出者が妊婦本人以外の場合にご記入ください

西暦 **2021**年 **4**月 **1**日

氏名(続柄) **西宮 太郎 (夫)**

| | | | | | | |
|----------------------|--------------------|--|---|--|------------------------|------------------|
| 妊婦 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | 夫(パートナー)について | | | |
| | フリガナ | ニシノミヤ ハナコ | フリガナ | ニシノミヤ タロウ | 生年 | 西暦 1991 年 |
| | 氏名 | 西宮 花子 | 氏名 | 西宮 太郎 | 日 | 4月 1日 |
| | 職業 | 1. なし 2. 常勤 <input checked="" type="radio"/> 3. 非常勤 4. 自営 5. パート 6. その他 () | 職業 | 1. なし <input checked="" type="radio"/> 2. 学生 3. 専業主婦 4. 専業主夫 5. パート <input checked="" type="radio"/> | 妊娠に関連した諸検査を医療機関で受けましたか | |
| | 生年月日 | 西暦 1991 年 4 月 1 日 (30 歳) | 既婚 <input checked="" type="radio"/> 2. 未婚(入籍) <input type="radio"/> | 1. 受けています (1) 妊娠反応(尿検査・超音波検査) (2) 結核 (3) 性病 (2)・(3)については1年以内の状況についてお答えください 2. 受けていない | | |
| | 出産予定日 | 西暦 2021 年 11 月 1 日 | | | | |
| | 現在の妊娠週数 | 妊娠 9 週 | | | | |
| | 住所 | 〒 662-8563 西宮市 六湛寺町10-3 | | | | |
| | 電話番号 | ① 電話番号 () - () ② 携帯電話 (090) **** - **** | | | | |
| | 妊娠の診断を受けた医療機関 | <input checked="" type="radio"/> 1. あり(医療機関名: 西宮産婦人科クリニック) 2. なし | | | | |
| 今後妊婦健康診査を受ける予定の医療機関名 | 西宮産婦人科クリニック | | | | | |

代理人来所の場合は、記入してください。

※ 回答内容によっては、後日、市の保健師等が連絡させていただくことがあります ※

Q 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか？(1つのみ)

1. うれしかった 2. 予想外だった 3. 悲しかった 4. 困った 5. なんとも思わなかった 6. 何となくとまどった

Q 現在、妊娠・出産・育児などについて

1. なし 2. あり

具体的な内容をご記入ください

数字に○をつけて、質問項目にご回答ください。

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|--------------|---|--------|---------------------|
| 質問項目 | 妊娠歴 | 1. あり 2. なし | 今回の出産は何回目ですか | 1. 初めて(1回目) 2. 2回目以上 (①異常あり ②異常なし ③帝王切開) | | |
| | 妊娠の状態 | 1. 単胎 2. 多胎 | ひどいつわり | 1. あり 2. なし | 飲酒 | 1. なし 2. やめた 3. 継続中 |
| | 妊婦の喫煙状況 ※加熱式タバコ含む | 1. なし 2. やめた 3. 喫煙している → 禁煙したいと思いますか(1)はい(2)いいえ | | | | |
| | 同居家族の喫煙状況 ※加熱式タバコ含む | 1. なし 2. 夫・パートナーが喫煙者 3. その他の同居家族が喫煙者 | | | 禁煙資料配布 | 1. 未 2. 済 |
| | 今までにかかった病気及び現在治療中の病気 | 01 なし | 02 高血圧 | 03 心疾患 | 04 貧血 | 05 糖尿病 |
| 初めての出産の方のみお答えください | 西宮市では育児セミナー(両親学級)のご案内をハガキでお送りしております。案内が不要な方は右記『不要』に○をしてください → | | | | | |
| 妊婦が外国人の方のみお答えください | 外国語併記の母子健康手帳 (外国版を希望した方には、日本語併記の手帳も発行しております。) | | | | | |
| 母子健康手帳の再交付の方のみお答えください | 交付理由: 紛失・破損・その他() | | | | | |

市記入

妊婦が外国人の方は記入してください。

再交付の方のみ記入してください。

<職員記入欄> 以下は記入してください

| | | | | | | |
|--------|----------|------------|-----------|-----------|-----------------------|------------|
| * 交付区分 | 1. 妊娠届出書 | 2. 母子健康手帳 | 3. 再交付 | 4. 再交付 | 5. その他(海外からの転入児への交付等) | 6. 受診券のみ発行 |
| 交付年月日 | 西暦 年 月 日 | 1. 本庁10番窓口 | 11. 中央保健C | 12. 北口保健C | 13. 山口保健C | 面談者名 () |
| 交付番号 | NO. | 14. 鳴尾保健C | 15. 塩瀬保健C | | | |

【個人番号確認】

個人番号等の確認書類がとれなかったため、個人番号は未記入

番号確認 個人力 通知力 個人番号記載住民票/記載事項証明書 その他 ()

| | | | |
|------|-------|--|---|
| 本人来所 | 身元確認 | <input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 住基力 <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身/精/療育手帳 <input type="checkbox"/> 在力・特別永住証明 <input type="checkbox"/> 身分証明書(社員証/学生証/資格) <input type="checkbox"/> その他 () | 二号書類: 2点確認 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 生保証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 市税/保険料等の通知書 <input type="checkbox"/> 保険料/市税/国税/公共料金等の領収書 <input type="checkbox"/> 身分証明書(社員証/学生証/資格) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 代理人来所 | <input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 住基力 <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身/精/療育手帳 <input type="checkbox"/> 在力・特別永住証明 <input type="checkbox"/> 身分証明書(社員証/学生証/資格) <input type="checkbox"/> その他 () | 二号書類: 2点確認 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 生保証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 市税/保険料等の通知書 <input type="checkbox"/> 保険料/市税/国税/公共料金等の領収書 <input type="checkbox"/> 身分証明書(社員証/学生証/資格) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 所 | 代理権 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類 () <input type="checkbox"/> 法定代理人(戸籍謄本) <input type="checkbox"/> 成年後見 <input type="checkbox"/> その他 () | |

*多胎の場合は人数分記入してください。1枚は交付区分を妊娠で、他は多胎児の交付区分になります。後日判明した多胎児の場合は、1枚目が妊娠で交付しているため、多胎児の区分になります。
 ◎外国語の母子健康手帳は、地域保健課から後日郵送しますので、地域保健課<0798-35-3302>にご連絡ください。父が外国人で母が日本人の場合は外国語の母子健康手帳は交付できません。ご希望の場合は自費購入になります。

個人番号利用のための委任状

行政手続きにおける特定の個人を認識するための利用に関する法律に規定される個人情報の提供を伴う妊娠の届出および母子健康手帳等の受領について

(西暦) **2021**年 **4**月 **1**日

委任者(妊婦) 氏名 西宮 花子 ※妊婦ご本人が自署してください

受任者(代理人) 氏名 西宮 太郎 1991年 4月 1日生

住 所 西宮市六湛寺町 10-3 妊婦との続柄 夫

妊婦の個人番号を届出することについての委任状です。代理人が来所する場合は記入してください。必ず妊婦本人が記入してください。

※上記委任状は妊婦の個人番号を収集するための委任状です。代理人が申請される場合のみ、ご記入ください。

妊娠届出書に、妊婦のマイナンバーの記載枠が追加されました



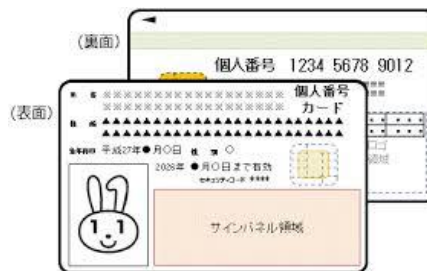
平成28年1月から、法の定めにより妊娠届出書に、妊婦のマイナンバー(個人番号)の記載欄が追加になりました。届出の際は、マイナンバーを証明する書類(個人番号カードや個人番号記載の住民票、通知カード(※氏名・住所が住民票と一致している通知カードに限る)など)をお持ちください。

◆ 本人(妊婦)が申請する場合

個人番号記載の住民票や
通知カード(氏名・住所が住民票と一致しているもの)など

または

個人番号カード



身分証明書となるものをお持ちください。
(運転免許証やパスポートなど顔写真入りのもの)

◆ 代理人が申請する場合

- ① 妊婦の個人番号がわかるもの(写し可) + ② 代理人の身分証明書 + ③ 上記の委任状など
個人番号カードなど 運転免許証など顔写真入りのもの



※個人番号収集に関する書類についての一例です。

問い合わせ先
西宮市保健所 地域保健課
TEL: 0798-35-3302