

# 妊 娠 届 出 書

年 月 日

(届出先)

**横浜市長**

住 所 \_\_\_\_\_

届 出 者

氏 名 \_\_\_\_\_

※届出者が本人でない場合 続柄 ( )

次のとおり妊娠の届出をします。

妊婦の個人番号													
ふりがな													
妊婦氏名													
生年月日	年 月 日生 ( 歳)						職業						
住 所	(〒 — )			(電話 — )			(携帯 — — )						
妊 娠 月 数	満 週 ( 月)			予定日			年 月 日						
性病に関する健康診断の有無	受けた・受けていない				結核に関する健康診断の有無			受けた・受けていない					
保健指導を行った医師又は助産師の住所及び氏名	医 療 機 関 名												
	医 療 機 関 の 住 所												
	診 察 し た 人 の 氏 名												
	医師、助産師の別				医師			助産師					
出産を予定している医療機関名													

横浜市に住民票のある方が  
こちらで届出できます。  
まだ、転入されていない方や  
転出予定の方は区福祉保健セ  
ンターにご相談ください。

# 《記入例》

## 妊娠届出書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(届出先)

横浜市長

住所 〇〇区〇〇1-2-3

届出者

氏名 横浜花子

※届出者が本人でない場合 続柄 ( )

次のとおり妊娠の届出をします。

✓ ※不明の場合は空欄でも可

妊婦の個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
ふりがな												
妊婦氏名	※届出者と同じ場合は、「同上」 違う場合は、「妊婦氏名」を記入											
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生 ( 〇〇 歳)						職業	会社員 等				
住所	(〒〇〇〇—〇〇〇〇) (電話 〇〇〇 — 〇〇〇〇 ) (携帯 〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 ) ※届出者と同じ場合は「同上」 違う場合は「妊婦の住所」を記入											
妊娠月数	満 〇 週 ( 〇 か月) 予定日 〇〇年 〇〇月 〇〇日											
性病に関する健康診断の有無	受けた・受けていない ※1						結核に関する健康診断の有無	受けた・受けていない ※2				
保健指導を行った医師 又は助産師の住所及び氏名	医療機関名						〇〇産婦人科 ※妊娠が確定した医療機関を記入					
	医療機関の住所						〇〇区〇〇4-5-6					
	診察した人の氏名						〇〇 〇〇 ※不明の場合は空欄でも可					
	医師、助産師の別						医師 助産師					
出産を予定している医療機関名	〇〇病院 ※決まっていない場合は「未定」											

(A4)

- ※1 妊娠の診断を行った医療機関で感染症の検査(血液検査)を受けたかどうか  
※2 会社の健診や人間ドッグで、概ね1年以内に胸部レントゲン検査を受けたかどうか