

記入例

中央区国民健康保険条例第19条第5項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

| | | | |
|-----------|---------|--|--|
| 届出年月日 | | | |
| 世帯主 | フリガナ | | |
| | ① 氏名 | | |
| | ② 生年月日 | | |
| | ③ 住所 | | |
| | ④ 個人番号 | | |
| ⑤ 電話番号 | | | |
| 出産する方 | 世帯主と同じ | | |
| | フリガナ | | |
| | ① 氏名 | | |
| | ② 生年月日 | | |
| ③ 住所 | | | |
| 出産予定又は出産日 | | | |
| 胎児の別 | 単胎 ・ 多胎 | | |

国保上の世帯主様の氏名等をご記入ください

出産する方の氏名等をご記入ください。
世帯主と同じ場合は、○をしてください

該当箇所に○をしてください

添付書類 (母子手帳の写し)

出産後の届出に
必要です

| 子の保護者 | 続柄 | フリガナ 氏名 | 生年月日(年齢) | 職業 |
|-------|-----------|------------|--------------|--------------|
| | 母 (妊婦) | | | 年 月 日生 (歳) |
| 父 | | | 年 月 日生 (歳) | |
| | | | 年 月 日生 (歳) | |
| | | | 電話 | |
| | | | 電話 | |
| | | | 電話 | |

出生届出済証明

| | |
|--------|-----------|
| 子の氏名 | 男・女 |
| 出生の場所 | 都道府県 市区町村 |
| 出生の年月日 | 年 月 日 |

上記の者については 年 月 日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

印

！赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明をうけ

P1

P4

| | | | |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------|
| 1 | 出産の状態 | | ①または② が必要です |
| 妊娠期間 | 妊娠週数 | 経過 | |
| 分娩日時 | 年 月 日 | 午前 時 分 午後 時 分 | |
| 分娩経過 | 頭位・骨盤位・その他 () 特記事項 | | |
| 分娩方法 | | | |
| 分娩所要時間 | 出血量 | 少量・中量・多量 (ml) | |
| 輸血(血液製剤含む) の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | |
| 出生時の児の計測値 | 性別 数 | 男 女 不明 | 単 ・ 多 (胎) |
| | 体重 | g | 身長 . cm |
| | 頭囲 | . cm | 胸囲 . cm |
| P14 | 発見・処置 | 新生児仮死 → (死亡・蘇生) ・死産 | |

| | | |
|---|----------|-------|
| 2 | 開始日 | 年 月 日 |
| | この妊娠の初診日 | 年 月 日 |
| | 胎動を感じた日 | 年 月 日 |
| | 分娩予定日 | 年 月 日 |