

(宛先) 新 潟 市 長

2 0 2 6

マイナンバー

母子健康手帳
交付年月日

年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
住 所	新潟市 区 電話番号		
職 業	有 無	勤務先名称	電話番号

妊 娠 週 数	満 週 (第 月)	
分娩予定日	年 月 日	
今回の妊娠に関する健康診断について、各項目の該当するものに○を付けてください。		
性 病	受けた	受けない
結 核	受けた	受けない
備 考	□ 胎児心拍を確認した 双胎などの場合この欄へ記入	

診断又は保健指導を行った医師又は助産師の住所・氏名等
住 所

氏 名

診断又は保健指導年月日 年 月 日

【妊婦のための支援給付にかかる認定申請】(新潟市に住民登録をしている方は、すべてのチェック欄(□)に✓を入れてください。)

- ☐ 私は、妊婦給付認定の申請をし、あわせて妊婦支援給付金1回目(5万円)の支給を希望します。
- ☐ 妊娠中の身体的、精神的及び経済的な負担の軽減のための総合的な支援に必要な場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報(妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、妊婦等包括相談支援事業等で活用するアンケート結果等)について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。
- ☐ 子ども・子育て支援法の規定に基づき、妊婦支援給付認定後に新潟市外に転出した場合には新潟市の妊婦支援給付認定は取り消されます。転出後に妊婦支援給付金の支給を受ける場合には、転出先市区町村で再度認定を受けていただく必要があります。

* 母子健康手帳の交付を受ける方へ *

- ★事前に二重線の枠内(マイナンバーなど)と妊娠・子育てほっとステーション相談シートを記入のうえ、届出をしてください。
- ★コピーが必要な方は事前にごコピーをとってから届出をしてください。職場で産前休暇の請求をする時などに妊娠届出書のコピーを求められることがあります。
- ★届出と同時に妊産婦医療費助成の申請を行うことができます。妊産婦医療費助成受給資格認定申請書を事前に記入のうえ、お越しください。
- ★交付時に新潟市の母子保健サービスや各種制度についての説明等を行います。手続きには、**30分以上お時間がかかりますので、時間に余裕を持ってお越しください。**

【交付場所】●各区役所健康福祉課「妊娠・子育てほっとステーション」、各地域保健福祉センター

【窓口受付時間】●8時30分～17時30分(土・日・祝日・年末年始閉庁時を除く)
令和8年10月5日(月)から9時00分から16時30分までに変更となります。

【持ち物】●妊婦本人が届出をする場合、①～④すべてが必要です。

①妊娠届出書(この用紙。医師の診断日や署名等が記載されているもの)

②妊婦のマイナンバー確認書類

・マイナンバーカード・通知カード、個人番号が記載された住民票の写し、住民票記載事項証明書 1点

※マイナンバー確認書類をお持ちでない場合は、窓口でご相談ください。

③妊婦の本人確認書類

・マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・官公署から発行された写真付のものであれば 1点

・官公署から発行された氏名・生年月日(または住所)が記載されたのであれば 2点

④口座情報のわかる通帳等(妊婦本人名義のもの)

●代理の方(夫など)が届出をする場合、上記①②、下記⑤⑥が必要です。

⑤代理権の確認書類(委任状または妊婦のマイナンバーカード、運転免許証等)※委任状は市ホームページに掲載

⑥代理人の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)



『動画でわかる!母子健康手帳を受け取るごよ』

新潟市に住民登録していない方は、母子健康手帳の交付のみとなり、母子保健サービス(妊婦健診の助成など)や妊婦のための支援給付については住民登録している市町村で別途手続きが必要です。詳しくは住民登録している市町村にお問い合わせください。

妊娠・子育てほっとステーション相談シート

＜妊婦の皆様へ＞

新潟市では、安心して出産・子育てができるように、妊娠中から妊婦さんの支援をしています。
後日、保健師等がお電話をする場合がありますので、記入にご協力をお願いします。

妊婦さんの氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先（電話番号） 妊婦 _____（ ） 夫・パートナー _____（ ）

その他【続柄： _____】 _____（ ）

☘ 妊娠がわかった時の気持ちをお聞かせください

- 1 うれしかった
- 2 戸惑った
- 3 不安・困った
- 4 特に何も思わなかった

【具体的に】

☘ 現在の体調についてお聞かせください

該当するもの全てに○をつけてください。

吐き気 嘔吐 便秘 腰痛 頭痛
めまい お腹の張り 気分の落ち込み その他

【具体的に】

☘ 妊娠・出産について相談できる人はいますか

- 1 いる 該当する人全てに○をつけてください。
夫（パートナー） 実父 実母 義父 義母
きょうだい 友人 その他（ ）
- 2 いない

☘ 今までに精神的なことでカウンセラーや心療内科医師などに相談したことがありますか

- 1 ない
 - 2 ある
- 【具体的に】

☘ 出産後、育児に協力してくれる人はいますか

- 1 いる 該当する人全てに○をつけてください。
夫（パートナー） 実父 実母 義父 義母
きょうだい 友人 その他（ ）
- 2 いない

☘ 心配・不安に思うことはありますか

- 1 ない
- 2 ある 該当するもの全てに○をつけてください。
健康状態 出産のこと 育児のこと 仕事
夫（パートナー）との関係 上の子のこと 家族
経済的なこと 入園のこと その他

【具体的に】

☘ 出産する病院は決めていますか

- 1 妊娠届出書記載の病院
- 2 上記以外の病院
(病院名： _____)
- 3 決めていない

☘ 産前・産後に里帰りの予定はありますか

- 1 ない
- 2 ある (里帰り先： _____ 区・市・町・村)
(予定期間： _____ 年 _____ 月頃～ _____ 年 _____ 月頃)
- 3 未定

☘ その他、相談したいことがありましたらご記入ください

☘ (お仕事をされている方へ)

育児休業を取得する予定はありますか

- 1 ない
- 2 ある (_____ 年 _____ 月までの予定)
- 3 未定



＊妊婦のための支援給付（妊婦支援給付金1・2回目）について＊

妊娠をされた方々を応援するため、「妊婦支援給付金」を2回支給しています。

妊婦支援給付金1回目は、妊娠届出時の面談でお渡しする申請案内から申請方法をご確認ください。
妊娠届を代理の方がされる場合は、後日助産師や保健師が妊婦さんにお電話させていただきます。

2回目の妊婦支援給付金についてなど、詳しくは新潟市ホームページをご覧ください。



新潟市ホームページ

下記太枠の中にご記入の上、妊娠届出書と一緒にご提出ください。

別記様式第1号

妊産婦医療費助成 受給資格認定申請書

(宛先) 新潟市長

申請日 年 月 日

妊産婦医療費助成受給資格の認定を受けたいので、下記の事項に誓約・同意の上、次のとおり申請します。

助成対象期間	年 月 日 から 出産した日の属する月の翌月の末日 まで	受給者番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
連絡先 電話番号			
住所	新潟市		
出産予定日	年 月 日		

注 太線の枠内のみ記入してください。

【誓約・同意事項】

- 妊産婦医療費助成の認定要件の該当性等を審査等するため、新潟市が必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- 申請内容等に偽りがあった場合や変更、相違があり認定要件に該当しない場合には、速やかに受給者証を返却します。

【妊産婦医療費助成とは】

妊産婦が医療機関を受診した際の健康保険適用分の医療費のうち、下記一部負担金を支払うだけで医療機関等を受診できる制度です。※健康保険適用外、健診、予防接種費用、第三者行為については対象外
詳しくは市HPをご確認ください。

【一部負担金】

通院：1日530円（医療機関ごと、同じ月に4回まで必要。5回目以降は無料）

調剤薬局：0円（全額助成）

入院：1日1,200円（医療機関ごと）

※食事療養標準負担額の減額認定を受けている場合は食事療養費も助成します

訪問看護：1日250円



市HPはこちら↑

母子健康手帳番号

受付日

年 月 日