

(あて先) 新 潟 市 長

2	0	2	1					
---	---	---	---	--	--	--	--	--

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	勤務先名称	
	無	電話番号	
	新潟市に住民登録 をしていますか。	はい	いいえ

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	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

*** 母子健康手帳の交付を受ける方へ ***

- ★事前に二重枠線内(個人番号・氏名など)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。(届出時の必要書類は下記をご覧ください)
- ★職場で産前休暇などの請求や、国民年金の産前産後保険料免除の届出などで妊娠届出書のコピーを求められることが多いので、コピーが必要な方は事前にコピーをとってから届出をしてください。

【交付場所】 ●各区分健康福祉課「妊娠・子育てほっとステーション」
●地域保健福祉センター（北・石山・中央・東・南・西・黒埼・巻）
※中央地域保健福祉センターは2022年1月から交付ができなくなる予定です。
詳しくは中央区健康福祉課健康増進係にお問い合わせください。

【開庁時間】 ●午前8時30分～午後5時30分（土・日・祝日・年末年始閉庁時を除く）
※新潟市の母子保健サービスや各種制度についての説明を行います。
※来所時に記入いただくものがあります。

【持ち物】 ●この妊娠届出書（医師の診断日、署名・妊婦氏名・住所等が記載されているもの）
●本人の個人番号(マイナンバー)と身元確認書類
下記の書類をお持ちください。(個人番号は災害時の被災者台帳の作成にのみ利用されます。)
＜本人が届出する場合＞ ①、②ともに必要です。
①個人番号(マイナンバー)確認書類
・個人番号カード・通知カード・個人番号の記載された住民票等のうち1点
②身元確認書類
・個人番号カード・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
・健康保険証・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
＜代理の方(夫など)が届出される場合＞ (1)、(2)、(3)すべて必要です。
(1)代理権の確認(妊婦さんの健康保険証または委任状等)※委任状は新潟市のHPに掲載
(2)代理人本人の確認(個人番号カード・運転免許証等)
(3)妊婦さんの番号確認(個人番号カード・通知カード等)



交付には30分前後の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。

【妊婦歯科健診について】 予約制で裏面のとおり行います。(費用：無料)
体調の良い時に妊婦歯科健診を利用して、お口の健康を保ちましょう。
※歯科健診会場での母子健康手帳の交付は行っておりません。事前に母子健康手帳の交付を受けて歯科健診においでください。

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)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】

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

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

産前・産後に里帰りの予定はありますか

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

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 その他

【具体的に】

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。
経済的なこと 育児 健康状態 出産のこと
夫（パートナー）との関係 家族 仕事
入園のこと その他

【具体的に】

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】

◎産前・産後休業を取得する予定はありますか

- 1 ない
- 2 ある

◎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）

【具体的に】

妊婦さんの氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

緊急時の連絡先 妊婦 _____（ ） 夫・パートナー _____（ ）

その他【続柄： _____】 _____（ ）

※緊急連絡先はできるだけ記入をお願いします。



妊娠届出書のコピーはお済みですか？

コピーが必要な方は事前にコピーをとってから届出をしてください。