

里帰り出産等における妊婦・産婦健康診査費用 及び

新生児聴覚スクリーニング検査 払い戻しについて

里帰り出産等により県外の医療機関等で妊婦・産婦健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査を受けた方は、健診にかかった費用(焼津市の定めた助成金額の範囲内)を払い戻しいたしますので、必要書類を添えて期限内に焼津市こども家庭センター(健康づくり課)へ申請してください。

対象者

焼津市に住所を有している方で、里帰り等のため県外の医療機関で妊産婦健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査を受けた方

対象外

- ・ 健康保険適用の診療
- ・ 妊娠判定のための診療
- ・ 国外で実施した場合
- ・ 必須の検査内容が満たされていない妊婦健康診査、産婦健康診査
- ・ 入院中に新生児聴覚スクリーニング検査を実施し、出産育児一時金の給付により、入院費(聴覚検査含む)を全額まかなえた場合

申請期限

- ・ 妊婦健康診査：出産(流産および死産を含む)日の翌日から概ね6か月以内
- ・ 産婦健康診査：受診日から概ね6か月以内
- ・ 新生児聴覚スクリーニング検査：出産日の翌日から概ね6か月以内



申請に必要な書類

<共通>

- 申請書兼請求書(必ず記入例をご確認くださいP3~5)
- 受診した指定医療機関が発行する領収書及び明細書の原本と写し(P6)
窓口でコピーさせていただく場合はコピー代をいただきます。(10円/枚) 予めご了承ください。
- 振り込み先が確認できるもの(預金通帳等)
 - ・ 妊産婦健康診査：妊産婦ご自身の名義
 - ・ 新生児聴覚スクリーニング検査：保護者の名義
- 印鑑(朱肉を使うもの、スタンプ印不可)

<妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査>

- 未使用の妊婦健康診査受診票、または、新生児聴覚スクリーニング検査受診票
- 母子健康手帳の写し(出生届済証明、妊娠中の経過、検査の記録)〔P7に見本があります〕

<産婦健康診査>

- 質問票と健診結果が記入されている受診票〔P8に見本があります〕
 - ※ 受診券に記載されている検査内容は、原則必須です。こころの健康チェックなどが実施されていない場合は、本市の健康診査と同内容の健康診査を実施したとはみなされず、助成の対象とはなりません。ご注意ください。産婦健康診査を受ける医療機関が決まったら、必ず別紙の依頼文を実施医療機関へ渡してください。
- 母子健康手帳の写し(出生届済証明)〔P7に見本があります〕

記入例

記入例の太枠をご記入ください

第3号様式（第7条関係）

申請日（来所日）を
ご記入ください

妊婦健康診査費給付申請書兼請求書

〇〇年 〇月 〇日

（宛先）焼津市長

申請者は妊婦本人の氏名をご記入ください

申請者

住所 焼津市 東小川1-8-1
氏名 焼津 花子 **㊞**
電話 090-〇〇△△-□□□□

押印漏れのない
ようお願いします。

必ず、平日昼間連絡のとれる番号をお願いします

焼津市妊婦健康診査実施要綱第7条の規定により、健康診査費用の給付を受けたいので、
次のとおり関係書類を添えて申請します。

妊婦健康診査を受診した者	住 所	焼津市 東小川1-8-1	
	氏 名	焼津 花子	
	出産日等	〇〇年 〇月 〇〇 日	
健康診査実施機関 （医療機関・助産所） ※該当機関に○印を付けて 下さい。	名 称	〇〇病院	
	所在地	〇〇都道府県 〇〇市町村 〇〇	
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇△△ - □□□□	
受診日	受診日	申請額	
① 年 月 日	⑨ 年 月 日	円	
② 年 月 日	⑩ 年 月 日		
③ 年 月 日	⑪ 年 月 日		
④ 年 月 日	⑫ 年 月 日		
⑤ 年 月 日	⑬ 年 月 日		
⑥ 年 月 日	⑭ 年 月 日		
⑦ 年 月 日	⑮ 年 月 日		
⑧ 年 月 日	⑯ 年 月 日		

（添付書類）

- 1 妊婦健診に係る費用の支払を証する領収書
- 2 妊婦健診の検査内容が分かるもの
- 3 母子健康手帳
- 4 使用しなかった受診票

ゆうちょ銀行が振込み先の方は
口座番号は7桁です

<振込先口座>

口座振込先 金融機関名	金融機関名	〇〇銀行/農協/金庫	支店名	〇〇本店/支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	1234567
(フリガナ)	ヤイツ ハナコ			
口座名義	焼津 花子			

振込口座は妊婦本人名義の口座をご記入ください

記入例の太枠をご記入ください

申請日（来所日）を
ご記入ください

第3号様式（第7条関係）

産婦健康診査費給付申請書兼請求書

〇〇年 〇月 〇日

（宛先）焼津市長

申請者は妊婦本人の氏名をご記入ください

申請者

必ず、平日昼間連絡のとれる番号をお願いします

住所 焼津市 東小川1-8-1
氏名 焼津 花子 **㊞**
電話 090-〇〇△△-□□

押印漏れのない
ようお願いします。

焼津市産婦健康診査実施要綱第7条の規定により、健康診査費用の給付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

産婦健康診査を受診した者	住 所	焼津市 東小川1-8-1
	氏 名	焼津 花子
	出産日時	〇〇年 〇月 〇〇 日
健康診査実施機関 （医療機関・助産所） ※該当期間に〇印を付けてください。	名 称	〇〇病院
	所在地	〇〇都道府県 〇〇市町村 〇〇
	電話番号	〇〇〇 - 〇〇△△-□□□□
受 診 日		申 請 額
①	年 月 日	円
②	年 月 日	

（添付書類）

- 1 産婦健診に係る費用の支払いを証する領収書
- 2 産婦健診の検査内容が分かるもの
- 3 母子健康手帳
- 4 焼津市で交付した産婦健康診査受診票

ゆうちょ銀行が振込み先の方は
口座番号は7桁です

<振込先口座>

口座振込先	金融機関名	〇〇銀行/農協/金庫	支店名	〇〇本店/支店
金融機関名	口座種別	普通 ・当座	口座番号	1234567
（フリガナ）	ヤイツ ハナコ			
口座名義	焼津 花子			

振込口座は産婦本人名義の口座をご記入ください

記入例の太枠をご記入ください

焼津市新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書兼請求書（償還払用）

申請日（来所日）を
ご記入ください

〇〇年 〇月 〇日

（宛先）焼津市長

申請者は保護者の氏名をご記入ください

申請者

住所 焼津市 東小川 1-8-1
氏名 焼津 花子 **㊞**
電話 090-〇〇△△-□□

押印漏れのない
ようお願いします。

必ず、平日昼間連絡のとれる番号をお願いします

焼津市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、検査に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

新生児聴覚スクリーニング 検査を受診した者	住所	焼津市東小川 1-8-1	
	氏名	焼津 太郎	
	生年月日	〇年 △月 ×日	
聴覚検査実施機関 （医療機関・助産所） ※該当機関に〇印を付けて ください。	名称	〇〇産婦人科/クリニック/病院	
	所在地	〇〇都道府県 〇〇市町村 〇〇	
	電話番号	〇〇〇-△△△-□□□□	
検査日	検査方法（どちらかに〇）	申請額	
	自動A B R 〇 A E		

（添付書類）

- 1 新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の支払を証する領収書
- 2 新生児聴覚スクリーニング検査の内容が分かるもの
- 3 母子健康手帳
- 4 使用しなかった受診票

<振込先口座>

ゆうちょ銀行が振込み先の方は
口座番号は7桁です

口座振込先 金融機関名	金融機関名	〇〇銀行/農協/金庫	支店名	〇〇本店/支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	1234567
(フリガナ)		ヤイツ ハナコ		
口座名義		焼津 花子		

振込口座は申請者と同じ保護者の氏名をご記入ください。

産婦健康診査受診票 両面見本

必須の検査項目



産婦健康診査受診票 ①

下記の者の産婦健康診査を依頼します。

焼津市長

委託機関 様

産婦の方へ 受診時期 1回目 おおむね産後 5日から21日

●この受診票は、出産後、外来受診時に使用できます。
 ●この受診票は、産婦健康診査を実施した場合に、500円を上限として賦課するものです。委託機関での指導内容や検査項目により、自己負担額が発生することがあります。
 ●この受診票は、焼津市在住の方が、県内の委託機関で利用できます。焼津市外へ転出した場合は使用できませんので、転出先の市町にお問合せください。
 ●産婦健康診査の結果は、委託機関から焼津市に送付されますので予め御了承ください。
 ●この受診票は、原則再発行はできません。

健管番号

母子手帳番号	交付日
フリガナ 産婦氏名	電話
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所 焼津市	
初産・経産の別 初産・今までのお産 (回)	
出産日 年 月 日	
産婦健診 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	

裏面のチェック表は、事前に記入して受診日当日にお持ちください。

医療機関記入欄

受診日	20 年 月 日
検査	蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ 産後 日 糖 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ 体重 Kg
血圧	/
乳房の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 子宮復古 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 悪露 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否
こころの健康チェック表	うち 項目 点 点 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 専門医療機関紹介 () <input type="checkbox"/> 要支援 → <input type="checkbox"/> 市へ支援依頼 (連絡票で報告) <input type="checkbox"/> 当院継続フォロー (内容:)
その他連絡事項	
所在地名称 委託機関名 医師名又は助産師名	R1.10作成

記入漏れが多いです。未記入では受理できません。ご注意ください

必須の検査項目

こころの健康チェック表

産後の気分についてお尋ねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

焼津市

記入日: 年 月 日

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった () いつもと同様にできた () あまりできなかった () 明らかにできなかった () 全くできなかった	6) することがたくさんあって大変だった () はい、たいいてい対処できなかった () はい、いつものようにはうまく対処できなかった () いいえ、たいいていうまく対 () いいえ、普段通りに対処し
2) 物事を楽しみにして待った () いつもと同様にできた () あまりできなかった () 明らかにできなかった () ほとんどできなかった	7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった () はい、ほとんどいつもそうだった () はい、時々そうであった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった
3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた () はい、たいいていそうだった () はい、時々そうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった	8) 悲しくなったり、惨めになったりした () はい、たいいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くそうではなかった
4) はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配したりした () いいえ、そうではなかった () ほとんどそうではなかった () はい、時々あった () はい、しょっちゅうあった	9) 不幸せな気分だったので、泣いていた () はい、たいいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () ほんの時々あった () いいえ、全くそうではなかった
5) はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた () はい、しょっちゅうあった () はい、時々あった () いいえ、めったになかった () いいえ、全くなかった	10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんで来た () はい、かなりしばしばそうだった () 時々そうだった () めったになかった () 全くなかった

氏名

〈岡野ら(1996)による日本語版〉

R1.10作成

助成金上限

		～R7.3.31 までに実施	R7.4.1～実施
妊婦健康診査	妊婦健康診査 (初回時：計1回)	21,190円	20,860円
	妊婦健康診査 (第2回～第16回：計15回)	1回につき4,010円	1回につき4,090円
	超音波検査 (第1回～第4回：計4回)	1回につき5,300円	1回につき5,300円
	血液検査等 (血算、血糖検査：計1回)	3,360円	3,410円
	GBS検査 計1回	1,700円	1,900円
	血算検査 計1回	1,810円	1,860円
産婦健康診査 (1回・2回)		1回につき5,000円	
新生児聴覚スクリーニング検査		自動聴性脳幹反応検査(自動ABR)	4,700円
		耳音響放射検査(OAE)	2,100円

よくある問い合わせ内容

Q1. 申請してからどのくらいで口座に振り込まれますか？

A. 申請後、1か月～2か月の間でお振込みさせていただく予定です。
ただし、内容確認等が必要な場合は遅れる場合もあります。ご了承ください。

Q2. 申請には、受診した本人がいかなければいけないですか？

A. 妊産婦ご自身でなくても構いません。

しかし、提出書類をお忘れになったり、申請時ご確認したい内容がある場合、ご家族の方にお問い合わせをさせていただきます。領収書等の書類については妊婦健康診査の都度、まとめていただくと手続きがスムーズに行えます。

【受付窓口】

焼津市こども家庭センター（健康づくり課 母子保健担当）

受付時間：8時30分～17時15分

（祝祭日及び12月29日～1月3日を除く平日の月曜～金曜）

場所：焼津市役所 アトレ庁舎1階（焼津市本町5丁目6-1）

電話番号：054-627-4115