

# 提出書類について

## ①「委託医療機関等以外で受診した妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査の検査項目とその結果を確認できる書類」

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成券を指します。

助成券は、妊産婦健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査実施時に必ず医療機関又は助産所へ提示し、受診年月日と医療機関所在地、検査項目欄がある助成券は検査結果等を記載してもらい、申請書類に添付してください。

**妊婦健康診査助成券 (14,070円)** (医療機関使用欄)

母子健康手帳№ フリガナ	妊娠週
妊婦氏名	出産予定日 令和 年 月 日
住所 (医療機関のある住所)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)

この助成券により、妊婦健康診査にかかる費用のうち、  
**上限額14,070円**が差し引かれます。  
実施した検査により助成額が異なります(詳細は、助成額算出表による)

下記の妊婦健康診査を依頼します。

検査年月日	令和 年 月 日	検査項目	結果	検査項目	結果
1 診察		異常なし		7 血圧測定	/ mmHg
		異常あり ( )		8 尿化学検査	
2 梅毒血清反応検査(定性)		陽性・陰性		(1) 蛋白	( )
				(2) 糖	( )
3 梅毒血清反応検査(定性)		陽性・陰性		(3) ケトン体	( )
4 グルコース		mg/dl		9 風疹ウイルス抗体検査	
5 血液型検査 (A・B・O・抗Rh)		Rh + / -		10 HBs抗原検査	陽性・陰性
6 不規則抗体		陽性・陰性		11 HCV抗体検査	陽性・陰性
市町村への連絡事項	1. あり ( ) 2. なし				
医療機関所在地					
医療機関名					
医師氏名					

**<妊婦さんへ>**

- 上記検査に係る費用の一部について公費で負担するものであり、無料券ではありません。
- 右記算出表による助成額を超えた分については、自己負担となります。
- ①～④の助成券は、妊婦健康診査1回につき、1枚使用できます。
- この助成券は、助産所では使用できません。

発行市町村外へ転出された場合には、この助成券の使用はできません。


**<助成額算出表>(医療機関使用欄)**  
(実施した検診・検査に「○」を記入してください)

検査内訳	実施	助成額(円)
基本検診(上記1～8)	○	11,630
風疹ウイルス抗体検査(上記9)	○	800
HBs抗原検査(上記10)	○	400
HCV抗体検査(上記11)	○	1,240

助成額(実施)欄に○を記入した検診・検査の金額を合計してください

妊産婦自身でご記入ください

妊産婦健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査時に、医療機関等へ必ず提示し、記入してもらってください。



## ②「受診した医療機関等が発行した領収書の写し(提出用)と原本(確認用)」

領収書と合わせて明細書が医療機関等より発行されている場合は、一緒に添付してください。

## ③「助成金の振込先となる申請者名義の口座の通帳(確認用)」

申請者名義(妊産婦本人)の通帳をご用意ください。

## ④「未使用の助成券」

## ⑤「母子健康手帳(確認用)」