

妊産婦健康診査費・新生児聴覚検査費・乳児一般健康診査費の償還払いについて



【 対象者 】

受診票が使えない医療機関等（古河市と委託契約をしていない医療機関・助産所）において妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児一般健康診査を受診した方。 ※受診日において古河市に住所を有する方が対象となります。

【 助成の範囲と上限額 】

妊産婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児一般健康診査に要した費用を下記の額を上限とし、お支払いいたします。助成については、各受診票に記載された検査項目を基本として助成いたします。

	健診内容	上限額
妊産婦健康診査 第1回	①基本的な健康診査 ※1 ②血液検査（血液型、血算検査、血糖検査、HBs抗原検査、HCV抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体検査、HIV抗体検査） ③子宮頸ガン検査（細胞診） ④超音波検査 ⑤HTLV-1抗体検査	20,550円
第2,3,5,7,9,10,13回以降	①基本的な健康診査	5,000円
第4回	①基本的な健康診査 ②超音波検査	8,500円
第6回	①基本的な健康診査 ②血液検査（血算検査、血糖検査）	6,000円
第8回	①基本的な健康診査 ②超音波検査 ③クラミジア核酸同定検査	10,600円
第11回	①基本的な健康診査 ②B群溶血性レンサ球菌検査 ③血算検査	8,000円
第12回	①基本的な健康診査 ②超音波検査 ただし、助産所で受診をするときは②の検査を除く	8,500円 (5,000円)
産婦健康診査（第1回、2回）	①問診 ②診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等） ②体重、血圧測定、尿検査（蛋白・糖） ③エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）	5,000円
新生児聴覚検査	自動聴性脳幹反応検査（AABR）又は耳音響放射（OAE）	3,000円
乳児一般健康診査（第1回、2回）	①問診 ②診察 ③身体測定（身長、体重、胸囲、頭囲）	5,605円

※1 基本的な健康診査では、問診等による健康状態の把握、定期検査（尿検査、血圧、子宮底長、腹囲、浮腫、体重、身長）、保健指導が行われます

【 申請時期 】 健康診査・聴覚検査を受けた日から **1年以内** に申請をしてください。

【 申請場所 】 古河市子育て包括支援課（福祉の森会館）へ持参。または、郵送での申請も可。

*郵送の場合は、下記の必要書類を子育て包括支援課まで送付してください。

【 申請に必要な物 】

- ① 妊産婦健康診査償還払い申請書兼請求書または新生児聴覚検査償還払い申請書兼請求書、乳児一般健康診査償還払い申請書兼請求書（HPからダウンロードできます。）
- ② 該当する妊産婦一般健康診査受診票・産婦健康診査受診票または新生児聴覚検査受診票、乳児一般健康診査受診票（結果記載） ※必ず医療機関に結果の記載を依頼してください。
- ③ 健康診査または聴覚検査の受診日および結果の記載された母子健康手帳の写し
- ④ 該当する健康診査費または聴覚検査費の領収書及び明細書
※ 必ず添付（受診者の名前が入っているもの。聴覚検査は受診者または保護者の名前）
※ 提出いただいた書類は返却できません。控えが必要な場合には必ず事前にコピーをお取りください。
- ⑤ 振込口座通帳の写し（金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義等が確認できるもの）
- ⑥ 印鑑（自署の場合は省略可）

古河市子育て包括支援課 母子保健係

〒306-0044 古河市新久田271-1 TEL 0280-48-6881

- 【記入例】 ・丸で囲んだところを記入・押印してください。請求者と口座名義は同じ人で記入してください。
 ・請求額内訳は記入をしないでください。請求書を確認し、子育て包括支援課で記入いたします。

様式第2号（第7条関係）

妊産婦健康診査償還払い申請書兼請求書

年 月 日

古河市長 宛て

住所 申請（請求）者 氏 名 (自署又は記名押印) 電話番号

妊産婦健康診査に係る償還払いについて、古河市妊産婦健康診査及び乳児健康診査実施要綱第7条第2項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

健康診査受診者	ふりがな		生年月日	年	月	日		
	住 所	〒 古河市						
	電 話 番 号							
	母子健康手帳番号	単胎 / ()胎						
申請する受診回数に○を付ける。	妊婦	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14
	産婦	1	2					
	妊産婦健康診査受診回数	償還払い上限額 (A)	受診者支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額				
妊婦	第1回	20,550円	円	円				
	第2回	5,000円	円	円				
	第3回	5,000円	円	円				
	第4回	8,500円	円	円				
	第5回	5,000円	円	円				
	第6回	6,000円	円	円				
	第7回	5,000円	円	円				
	第8回	10,600円	円	円				
	第9回	5,000円	円	円				
	第10回	5,000円	円	円				
	第11回	8,000円	円	円				
	第12回	8,500円 (5,000円)	円	円				
	第 回	5,000円	円	円				
	第 回	5,000円	円	円				
第 回	5,000円	円	円					
第 回	5,000円	円	円					
第 回	5,000円	円	円					
合計			円	円				
産婦	第1回	5,000円	円	円				
	第2回	5,000円	円	円				
	合計			円	円			
右の金額を請求します。								
振込先	名 称						店	
	口 座 番 号	(普通・当座)						
	口 座 名 義							

注：この様式は、適宜補正して使用することができる。