

償還払いによる妊婦一般健康診査費等助成のご案内

広島市と契約していない医療機関で 妊婦一般健康診査、
新生児聴覚検査(AABR)、産婦健康診査 を受け実費を支払った方へ

妊婦一般健康診査等に係る費用の助成について

広島市と契約していない医療機関や助産所で妊婦一般健康診査等を受診した場合、健康診査等の費用として支払った額のうち、広島市が定める助成限度額の範囲内で、ご本人からの申請に基づき償還払いにより助成します。

- ※ 広島市と契約している医療機関・助産所での受診は償還払いの対象となりません。
- ※ 健康保険が適用される検査や診察・入院中の費用・予防注射・文書料などは対象となりません。
- ※ 助産所で妊婦健康診査を受診される場合は、助産所用補助券が必要となりますので、各区地域支えあい課で、定額補助券を助産所用補助券へ交換してください。
- ※ 新生児聴覚検査(AABR)の費用は、出産費等の入院費や新生児検査の費用に含まれることがあります。いずれの場合も、新生児聴覚検査の費用が含まれている領収書を提出してください。

償還払い申請の流れ

(申請は出産した日から6か月以内に行ってください。)

- 妊婦一般健康診査費の助成
- 新生児聴覚検査費(AABR)の助成

<申請に必要な書類>

① 妊婦一般健康診査費等助成申請書 (別紙の記入例を参照)

- ※ 申請書はボールペンを使用し、楷書で記入してください。
鉛筆や消えるインクで記入している場合は受け付けできません。
- ※ 申請者・口座名義人は、健康診査を受診した妊婦(新生児聴覚検査を受診した児の母親)としてください。



添付書類	②【写し(コピー)】 母子健康手帳	③【写し(コピー)】 領収書及び明細書	④【原本】補助券又は受診券 と結果票(2枚1組)
妊婦一般健康 診査費助成	○表紙 ○「妊娠中の経過」 (P10~11)	○ 領収書及び明細書は、氏名、健診費用、受診年月日、医療機関等の名称が記載されたものを、 <u>申請分すべて</u> 添付してください。	○ 受診者記入欄(氏名・住所・生年月日・分娩予定日)を記入してください。 ○ 母子健康手帳別冊①から、未使用の妊婦一般健康診査の補助券・結果票と新生児聴覚検査(AABR)受診券・結果票のすべてを切り離して添付してください。
新生児聴覚 検査(AABR) 費助成	○「検査の記録」 (P19)	○ 領収書及び明細書を紛失された場合は、医療機関等で支払った金額を証明できるものを添付してください。	○ 補助券又は受診券の1枚と結果票1枚の計2枚で1組になります。

産婦健康診査費の助成、申請書類の提出先については、裏面に記載しています。



○ 産婦健康診査費の助成



出産後の健康診査が助成対象です。

産婦健康診査の補助券は、表紙に「母子健康手帳別冊②」と書かれたピンク色の冊子（母子健康手帳より一回り大きいサイズ）につづられています。

<申請に必要な書類>

- ① 妊婦一般健康診査費等助成申請書（別紙の記入例を参照）
- ② 領収書及び明細書【写し（コピー）】
- ③ 補助券・結果票

太枠内は受診者が記入してください。

結果票については、**『診査結果』と『エジンバラ産後うつ病質問票』の合計点数の記入が必要**です。

記入がない場合、助成できないことがありますので、必ず医療機関に記入を依頼してください。

(様式第2号) 広島市産婦健康診査結果票 1回目

太枠内は受診者ご本人が記入してください

フリガナ氏名		昭和 年 月 日	
生年月日	昭和	年	月 日
出生年月日	令和	年	月 日
住所	広島市	区	町 丁目 番 号

診査結果	エジンバラ産後うつ病質問票
1 異常なし	合計点数 ()
2 要観察	備考
3 要治療	<input type="checkbox"/> 項目10が1点以上
4 要支援	<input type="checkbox"/> 医師等の判断により
○特記事項	継続支援が必要

検査項目

基本的な健康診査（問診、子宮復古状況、悪露及び乳房の状態等の診察、体重・血圧測定、尿検査）

広島市産婦健康診査 問診票

受診年月日 令和 年 月 日

実施医療機関

所在地 名称 管理者氏名

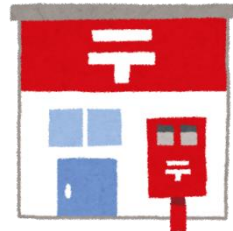
広島市こども未来局こども・家庭支援課へ申請書類を郵送してください。

〒730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6-34

広島市 こども未来局

こども・家庭支援課 母子保健係 行



【提出期限】 出産した日から6か月以内(必着)

申請内容を審査した後、ご指定の金融機関口座に助成金を振り込みます。

- 添付書類の不足や、申請書の記載内容に不備がある場合は、申請された方に問い合わせをさせていただくことがありますので、予めご了承ください。
- 審査に必要な情報について医療機関等に問い合わせを行うことがあります。
- 審査は受付日から2～3か月程度かかります。審査及び支払手続終了後、決定通知書を送付します。

【問い合わせ先】 広島市 こども未来局 こども・家庭支援課母子保健係 TEL 082-504-2623

妊婦一般健康診査費等助成申請書（償還払）

（様式第1号）

（あて先） 広島市長

令和 年 月 日

申請者（受診者）

氏名 _____

住所 〒 _____ 広島市 _____ 区

電話番号 _____

出産日 令和 年 月 日

関係書類を添えて、償還払による妊婦一般健康診査費助成要領、広島市新生児聴覚検査事業実施要綱及び広島市産婦健康診査実施要綱に基づき、次のとおり妊婦一般健康診査費用、新生児聴覚検査（AABR）費用及び産婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、広島市が、この申請に必要な情報について医療機関等に照会することや申請内容に直接影響がない軽微な誤記等の訂正を行うことに同意します。

1 提出する補助券等の内訳（2枚で1組と数えます。）

- ① 妊娠初期検査用補助券・結果票【うす橙色】 _____ 組 ⑥ 助産所用補助券・結果票【オレンジ色】 _____ 組
 ② 妊娠中期検査用補助券・結果票【黄色】 _____ 組 ⑦ 新生児聴覚検査（AABR）受診券・結果票 _____ 組
 ③ 妊娠後期検査用補助券・結果票【オレンジ色】 _____ 組 【うす緑色】 _____ 組
 ④ 定額補助券・結果票【さくら色】 _____ 組 ⑧ 産婦健康診査補助券・結果票 _____ 組
 ⑤ 子宮頸がん検診 受診券・結果票【黄緑色】 _____ 組 【クリーム色または黄緑色】 _____ 組

2 妊婦一般健康診査の費用の内訳（太枠内を御記入ください。）

種	受診年月日	健診費用	広島市記入欄			
			健診費用A	未使用の補助券等	助成限度額B	助成額(A、Bのうち少ない額)
単胎妊娠	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
多胎妊娠	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
	令和 年 月 日	円		—		
			助成金額 計			

※ 補助券等を使用せず受診した場合のみ御記入ください。

3 新生児聴覚検査（AABR）の費用（太枠内を御記入ください。）

受診年月日	検査費用	検査費用 A	助成限度額B	助成額(A、Bのうち少ない額)
令和 年 月 日	円		6,000 円	

4 産婦健康診査の費用の内訳（太枠内を御記入ください。）

受診年月日	健診費用	健診費用 A	助成限度額B	助成額(A、Bのうち少ない額)
令和 年 月 日	円		5,000 円	
令和 年 月 日	円		5,000 円	
				合計

5 振込先 * 振込先の口座名義人と申請者の氏名は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	店 所	金融機関コード				店番コード		
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号							(右詰記入)
(フリガナ) 口座名義人*	()								

妊婦一般健康診査費等助成申請書 記入例

申請書類に疑問点や不足がある場合は、
連絡させていただくことがあります。

「1 提出する補助券等の内訳」
申請書に添付している未使用の補助券等の組
数を全て記入してください。

※ 添付する補助券等の受診者記入欄（氏名・
住所・生年月日・分娩予定日）を記入して
ください。

「2 妊婦一般健康診査の費用の内訳」
「3 新生児聴覚検査 (AABR) の費用」
「4 産婦健康診査の費用の内訳」

広島市と契約していない医療機関又は助産所
で受診した妊婦一般健康診査、新生児聴覚検
査(AABR)、産婦健康診査について、それぞ
れ記入してください。

※ 契約医療機関（広島県内の医療機関、広島
県外で広島市と契約している医療機関）で
受診した健診は記入しないでください。

【広島市と契約している県外の医療機関】
以下のQRコードから確認できます。



口座名義人は申請者と必ず一致させてくだ
さい。

妊婦一般健康診査費等助成申請書（償還払） (様式第一号)

(あて先) 広島市長 令和3年 6月 1日

申請者(受診者)
氏名 広島 花子
住所 〒730-8586 広島市 中区 国泰寺一丁目6-34
電話番号 082-504-2623
出産日 令和 2年 10月 10日

関係書類を添えて、償還払による妊婦一般健康診査費助成要領、広島市新生児聴覚検査事業実施要綱及び広島市産婦健康診査実施要綱に基づき、次のとおり妊婦一般健康診査費用、新生児聴覚検査(AABR)費用及び産婦健康診査費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。
また、広島市が、この申請に必要な情報について医療機関等に照会することや申請内容に直接影響がない軽微な誤記等の訂正を行うことに同意します。

1 提出する補助券等の内訳 (2枚で1組と数えます。)

① 妊娠初期検査用補助券・結果票【うす橙色】	1組	⑥ 助産所用補助券・結果票【オレンジ色】	1組
② 妊娠中期検査用補助券・結果票【黄色】	1組	⑦ 新生児聴覚検査(AABR)受診券・結果票	
③ 妊娠後期検査用補助券・結果票【オレンジ色】	1組		【うす緑色】 1組
④ 定額補助券・結果票【さくら色】	3組	⑧ 産婦健康診査補助券・結果票	
⑤ 子宮頸がん検診受診券・結果票【黄緑色】	1組		【クリーム色または黄緑色】 1組

2 妊婦一般健康診査の費用の内訳 (太枠内を御記入ください。)

種	受診年月日	健診費用 (自己負担額)	広島市記入欄		
			健診費用A	未使用の補助券等	助成限度額B
単胎妊娠	令和 3年 1月 27日	12,000円			
	令和 3年 2月 4日	8,000円			
	令和 3年 3月 11日	6,000円			
	令和 3年 4月 18日	6,000円			
	令和 3年 4月 30日	6,000円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
多胎妊娠	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
	令和 年 月 日	円			
※ 補助券等を使用せず受診した場合のみ御記入ください。			助成金額計		

3 新生児聴覚検査 (AABR) の費用 (太枠内を御記入ください。)

受診年月日	健診費用	検査費用A	助成限度額B	助成額A、Bのうち少ない額
令和 3年 5月 2日	5,800円		6,000円	

4 産婦健康診査の費用の内訳 (太枠内を御記入ください。)

受診年月日	健診費用	検査費用A	助成限度額B	助成額A、Bのうち少ない額
令和 3年 5月 20日	4,000円		5,000円	
令和 年 月 日	円		5,000円	
合計				

5 振込先 * 振込先の口座名義人と申請者の氏名は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行	金庫	組合	農協	郵便	子ども・家庭支	店	金融機関コード	店番コード
広島市役所	銀行	金庫	組合	農協	郵便	子ども・家庭支	店	1 1 1 1	0 1 1
預金種別	普通	2	当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	(右詰記入)			
(フリガナ)	(ヒロシマ)	(ハナコ)							
口座名義人*	広島 花子								

申請者は健康診査を受診した妊婦(新生児聴覚検査を受診した児の母親)としてください。

「広島市記入欄」には記入しないでください。

「金融機関コード」と「店番コード」も必ず記入してください。

振込先をゆうちょ銀行にする場合は、振込用の店番コード(3桁)・預金種別・口座番号(7桁)を記入してください。振込用の店番コード等がご不明の場合は、まず、お近くのゆうちょ銀行・郵便局の貯金窓口で通帳に振込用の店番コード等を記入してもらってください。その後、振込用の店番コード等を申請書の振込先に記入してください。