

# 償還払いによる妊婦一般健康診査費等助成のご案内

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等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・助産所でやむを得ない事情により全額自己負担で受診した場合も償還払いの対象となります。

※ 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(必着)にしてください。)



- 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>

必要書類	備考
(1) 妊婦一般健康診査費等助成申請書	・ 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検した児の母親)としてください。
(2) 母子健康手帳【写し(コピー)】	・ 妊婦健康診査費の助成申請をされる場合は、①及び②を提出してください。 ① 表紙のコピー ② 「妊娠中の経過」のページのコピー(見開きでコピーしてください。) ・ 新生児聴覚検査費の助成申請をされる場合は、③を提出してください。 ③ 新生児聴覚検査の「検査の記録」のページのコピー
(3) 領収書及び明細書【写し(コピー)】	・ 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>申請分すべて添付</u> してください。 ・ <u>明細書のみでは申請できませんのでご注意ください。</u> ・ 領収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。
(4) 補助券又は受診券及び結果票【原本】(2枚1組)	・ 受診者記入欄(氏名・住所・分娩予定日等)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補助券・結果票、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。 ・ 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



出産後に医療機関又は分娩を取り扱う助産所で行う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【原本】

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、必ず医療機関等へ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

医療機関コード

フリガナ氏名			
生年月日	昭和	年	月 日
出産年月日	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 ( ) 点
2 要観察	備考
3 要治療	<input type="checkbox"/> 項目10が1点以
4 要支援	<input type="checkbox"/> 医師等の判断に、
○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

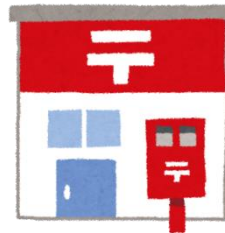
受診年月日 令和 年 月 日

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きます。
- 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。

# 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。）

	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		—		
			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。）

受検年月日	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*	( )								

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。

## 妊婦一般健康診査費等助成申請書 記入例

### 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 4 年 7 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 4 年 5 月 1 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
- ② 妊娠中期検査用補助券・結果票【黄色】 1 組
- ③ 妊娠後期検査用補助券・結果票【ワッパ色】 1 組
- ④ 定額補助券・結果票【さくら色】 6 組
- ⑤ 子宮頸がん検診 受診券・結果票【黄緑色】 1 組
- ⑥ 助産所用補助券・結果票【オレンジ色】 1 組
- ⑦ 新生児聴覚検査（AABR）受診券・結果票 1 組
- ⑧ 産婦健康診査補助券・結果票【うす緑色】 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。）

	受診年月日	健診費用 (自己負担額)
単胎妊娠	令和 4年 1月 27日	12,000 円
	令和 4年 2月 20日	8,000 円
	令和 4年 3月 11日	6,000 円
	令和 4年 3月 26日	6,000 円
	令和 4年 4月 8日	6,000 円
	令和 4年 4月 17日	6,000 円
	令和 4年 4月 26日	6,000 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
	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。

#### 3 新生児聴覚検査（AABR）の費用（太枠内を御記入ください。）

受検年月日	健診費用
令和 4年 5 月 2 日	5,800 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
令和 4年 6 月 1 日	4,000 円
令和 年 月 日	円

#### 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	広島市役所	銀行 金庫 組合 農協	子ども・家庭支 店	金融機関コード							店番コード			
預金種別	1 普通	2 当座		1	1	1	1	1	0	1	1			
(フリガナ) 口座名義人*	( ヒロシマ ハナコ 広島 花子													

「1 提出する補助券等の内訳」  
未使用の補助券等の組数を全て記入してくだ  
さい。  
(補助券と結果票は2枚で1組と数えます。)

※ 添付する補助券等の受診者記入欄（氏名・  
住所・分娩予定日等）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」

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。

【広島市と契約している県外の医療機関等】  
以下のQRコードから確認できます。



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

申請時点において、転出されている場合は、  
「広島市」を二重線で消し、現住所を記入し  
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」を  
必ず記入してください。

振込先の口座名義人は申請者と一致させて  
ください。