

県外で里帰り出産する妊婦さんへのお願い



県外の医療機関で、妊産婦健康診査等を受診する場合は、「妊婦健康診査受診票」「産婦健康診査受診票」「1か月児健康診査受診票」が利用できません。

医療機関窓口にて一旦費用を自己負担していただき、後日、こども家庭センターへ償還払いの申請をしていただくと、費用が戻ります。(※助成額上限あり)

＜申請のながれ＞ (※受診から1年以内に申請してください)

1. 医療機関で妊産婦健康診査、1か月児健康診査を受診する。
2. **医療機関で「受診票」の所見欄、健診実施日・担当医師名等を記入してもらう。**
3. 医療機関の窓口で健診料金を支払う。
4. こども家庭センターへ下記①～④を提出し、償還払いの申請をする。
 - ①妊産婦健康診査等助成申請書 (※申請者・振込先は妊産婦)
 - ②妊婦健康診査受診票 (第▼回目)、産婦健康診査受診票 (産後△△)、1か月児健康診査受診票
 - ③領収書 (※妊産婦健康診査・1か月児健康診査と明記のもの、または診療明細書を一緒に持参)
 - ④申請者名義の振込口座が確認できるもの
5. 申請からおおむね1～2か月後に助成額(※上限あり)をご指定の口座に振り込みます。

★必要書類①：妊産婦健康診査等助成申請書

様式第4号(第20号関係) 妊産婦健康診査等助成申請書

さくら市 様 年 月 日

申請者	住所	電話番号	生年月日
	ふりがな		年 月 日
	氏名	昭和 平成 年 月 日 生(歳)	
振込金融機関	銀行 本店 郵便 支店 信用組合 支所 信用金庫 出張所 ゆうちょ銀行 高名	口座番号 ふりがな 口座名義	

※この欄は記入しないでください。

決	額	額	保	保	例	年	月	日
					決定			
					支給日			

審査結果

1 承認 2 不承認(理由:)

健診受診日	支払金額(健診料金)	支給総額	健診受診日	支払金額(健診料金)	支給総額
初産 1回目 年 月 日	円	円	初産 10回目 年 月 日	円	円
初産 2回目 年 月 日	円	円	初産 11回目 年 月 日	円	円
初産 3回目 年 月 日	円	円	初産 12回目 年 月 日	円	円
初産 4回目 年 月 日	円	円	初産 13回目 年 月 日	円	円
初産 5回目 年 月 日	円	円	初産 14回目 年 月 日	円	円
初産 6回目 年 月 日	円	円	経産 2週間 年 月 日	円	円
初産 7回目 年 月 日	円	円	経産 1か月 年 月 日	円	円
初産 8回目 年 月 日	円	円	1か月児 年 月 日	円	円
初産 9回目 年 月 日	円	円	合計金額		円

★必要書類②：受診票

様式第1号-4 妊婦健康診査受診票 (第9回目)

氏名 生年月日

居住地 さくら市

妊婦健康診査日 出産予定日

各受診医療機関の長 様

なお、この健康診査の結果により保健師等による保健指導を行うことがありますので、所見欄に結果を御記入ください。

5,000円以上の場合 ○印を記入のこと	5,000円未満の場合 金額を記入のこと
5,000円	円

妊 娠 週 数	週 (第 月)
身 長 ・ 体 重	異常なし・要指導 ()
血 圧	正常範囲・要経過観察・要治療 ()
尿 検 査	糖 () ・ 蛋白 ()
超音波検査	実施 ・ 未実施

健康診査実施年月日 年 月 日

受 託 医 療 機 関 名
担 当 医 師 氏 名

※必ず、医療機関に健診実施日
担当医名等を記入してもらう

★必要書類③：領収書

※受診票の健診日と同日のもの
※妊産婦健康診査・1か月児健康診査と
明記のもの、または診療明細書を一緒に持参

★必要書類④：振込口座が確認できるもの

※申請者名義のもの

【お問合せ】 さくら市こども家庭センター TEL:028-616-3732

