妊婦・産婦健康診査・新生児聴覚検査の払い戻し申請のご案内

- 受診時、新潟市に住民票がある方が対象となります。

母子健康手帳交付後、県外の医療機関・助産所（一部を除く）で各健康診査または聴覚検査を受診した際に、各健康診査費・聴覚検査費（保険適用外）を自己負担した方は、<u>**上限額の範囲**</u>で新潟市が助成をしますので、下記の手続きをしてください。

※産婦健康診査は、下表に記載されている健診内容をすべて実施した場合、助成いたします。健診内容をすべて実施していない場合、助成ができませんので、ご了承ください。

≪妊婦健康診査上限額≫(R6.6.1～)
初　回　（血液検査、超音波検査、子宮頸がん検診あり）26,190 円
４　回　（超音波検査あり）：9,860 円
７　回　（超音波検査、クラミジア検査，貧血検査、血糖検査あり）：17,050 円
１０回　（B 群溶血性レンサ球菌検査あり）：8,880 円
１１回　（超音波検査、血算検査）：11,720 円
そ の 他　（基本的な妊婦健康診査のみ）：5,080 円

≪産婦健康診査上限額≫(R6.4.1～)
各　回　5,000 円（問診・診察、体重・血圧測定、尿検査、エジンバラ産後うつ病質問票をすべて実施した場合）

≪新生児聴覚診検査上限額≫（R7.4.1～）
初回検査１回のみ　5,000 円（AABR、ABR,OAE のいずれか一つ）

《申請期間》　<u>出産後１年に満たない日（１歳のお誕生日の前日）</u>

《申請方法》　**どちらの方法でも申請できます。**
〇必要書類を同封して下記担当あてに郵送（**郵送の場合は、切手の不足がないようご確認ください**）
〇区役所健康福祉課に必要書類を持参
※出張所、連絡所、地域保健センターでは手続きできません。

《助成方法》　申請書に記載された振込先口座に、申請の翌月末頃までに振込みます。

<u>**申請必要書類は裏面へ**</u>

↓産婦健康診査を受診する前に、切り取って受診予定の医療機関へお渡しください。

---------------- 切り取り線 ----------------

産婦健康診査を実施する医療機関様

新潟市では、産婦健康診査の払い戻しの助成対象を下記の健診内容を**すべて実施する**健康診査としております。

産婦健康診査を実施した際は、母子健康手帳の「出産後の母体の経過」ページの記載をお願いいたします。母子健康手帳や領収書・明細書で健診内容を確認できない場合は、ご連絡をする場合がありますので、ご了承ください。ご不明な場合は、下記までお問い合わせください。

〈産婦健康診査内容〉・問診、診察　・体重・血圧測定　・尿検査
・ツールを用いた客観的なアセスメントによる精神状態の把握(エジンバラ産後うつ病質問票による聞き取り等)

【問合せ先】　〒９５１－８５５０
新潟市中央区学校町通１番町６０２番地１　TEL：０２５－２２６－１２０５
新潟市こども家庭課　母子保健グループ　FAX：０２５－２２４－３３３０

《必要書類》

① 妊婦・産婦健康診査費・新生児聴覚検査費払い戻し申請書　**※太枠内に記入をしてください。**
（新潟市ホームページの「妊婦健康診査」「産婦健康診査」「新生児聴覚検査」のページより、それぞれダウンロードできます。）

- ○ 同意書の内容に同意できない場合は、住民票と受診医療機関の明細書を添付してください。同意書がなく、明細書で産婦健康診査の内容が確認できない場合は、お支払いができないことがあります。
- ○ 申請書の「受診状況」は、母子健康手帳を参考に受診年月日、その日の受診票の使用の有無、受診した医療機関名を記入してください。受診した全ての健康診査・聴覚検査について記載が必要です。

（母子健康手帳確認場所：妊婦健康診査は「妊娠中の経過」ページ、産婦健康診査は「出産後の母体の経過」ページ、新生児聴覚検査は「（新生児）検査の記録」ページ）

② 口座番号、名義人（カタカナ）の記載されている通帳のコピー
※旧姓の口座を指定する場合は、振り込みが完了するまで口座変更や解約は行わないでください。
※旧姓の場合は、旧姓が確認できる本人確認書類（運転免許証両面、旧姓が併記されたマイナンバーカードなど）のコピーが必要です。

- ○ 振込先名義が本人以外（夫の銀行口座など）の場合は委任状が必要です。
（委任状は新潟市ホームページの「妊婦健康診査」「産婦健康診査」「新生児聴覚検査」のページより、それぞれダウンロードできます。）

③ 使用せずに残った受診票（医療機関の記載の有無に関わらず、残っている受診票は添付してください。）

④ 受診時の領収書とその明細書（どちらも原本、払い戻し手続き後に担当課より返却します。）
※領収書がない場合は、支払証明書の添付でも可とします。

⑤ 母子健康手帳のコピー
妊婦健康診査：「妊娠中の経過」「（妊婦）検査の記録」
産婦健康診査：「出産後の母体の経過」
新生児聴覚検査：「（新生児）検査の記録」　　　コピーの右上に申請者氏名を記入してください。

【問合せ先及び送付先】
〒９５１－８５５０
新潟市中央区学校町通１番町６０２番地１　　　TEL：０２５－２２６－１２０５
新潟市こども家庭課　母子保健グループ　　　FAX：０２５－２２４－３３３０

------------------------ 切り取り線 ------------------------