

# 契約医療機関以外で受診・検査された場合の 妊婦&産婦健康診査・新生児聴覚検査の費用助成について

受診時、検査時は実費を医療機関へお支払いいただきますが、後の申請で、朝来市が定める金額を上限として費用が助成されます。

## 申請に必要なもの

### ① 交付している助成券

様式番号(第5条関係) 1枚限り

2020 朝来市妊産婦健康診査助成券

発行番号 発行日  
氏名 生年月日  
住所

上記妊婦の健康診査を依頼します。 朝来市長 印

以下は、医療機関等で記入ください。

受診報告書

上記妊婦の妊産婦健康診査を実施したので報告します。  
朝来市長 印

医療機関等の名称

妊産婦健康診査費用 円

受診年月日	年月日(診療日)
実施した項目にチェックしてください。	
健診内容	<input type="checkbox"/> 問診(身体状態)
	<input type="checkbox"/> 問診(生活習慣・子育て)
	<input type="checkbox"/> 胎心聴取
	<input type="checkbox"/> 胎位確認
	<input type="checkbox"/> 血圧測定
	<input type="checkbox"/> 尿検査
	<input type="checkbox"/> 胎動数(胎動回数)
	<input type="checkbox"/> 水垢用紙貼
	<input type="checkbox"/> 胎動計付健康指導
	<input type="checkbox"/> 胎動計付健康指導(胎動)
健康診査の所見	<input type="checkbox"/> 異常なし
	<input type="checkbox"/> 異常あり
	<input type="checkbox"/> 異常あり(要経過観察)
	<input type="checkbox"/> 異常あり(要治療)
健康指導の要否	<input type="checkbox"/> 要(内容)
	<input type="checkbox"/> 不要

医療機関で受診日、実施した検査、検査結果等を記入してもらってください

妊婦健診: ピンク色  
産婦健診: 緑色  
聴覚検査: 水色

### ② 母子健康手帳



### ③ 領収書(原本) 診療明細書



### ④ 振込先口座が 分かるもの



### ⑤ 印鑑 ※自署される場合は不要、スタンプ式不可

## 注意

- 医療機関で受診報告の記入に手数料がかかる場合がありますのでご確認ください。
- 健診費・検査費のうち、保険診療適用分は助成の対象となりません。
- 申請には期限があります。受診日、検査日から1年以内に朝来市健幸づくり推進課で手続きしてください。

申請先・申請についてのお問合せ

朝来市健幸づくり推進課(朝来市保健センター内)

☎ 079-672-5269

