



妊婦健康診査を県外の健診実施機関で受診する方へ



<受診から受診費用請求までの流れ>

- ① 健診実施機関で妊婦健康診査を受診し費用を支払う。
- ② 健診実施機関で「妊婦健康診査受診費請求書」の下段【妊婦健康診査受診証明書】に記入・押印してもらう。
※同封の「妊婦健康診査実施に係る受診証明について（依頼）」と「記入例」を健診実施機関に渡してください。
「妊婦健康診査基本券」（オレンジ色の券）の裏面の“健診機関記入”欄を記入してもらう。
- ③ 「妊婦健康診査受診費請求書」の本人記入欄（○回目、請求金額、住所、氏名、電話番号、振込先口座）に記入する。
- ④ 妊婦健康診査補助券（基本券1枚＋必要な枚数の追加券）を切り離し、「妊婦健康診査受診費請求書」の裏面に貼付する。
- ⑤ 檀原市こども家庭課（〒634-8509 檀原市内膳町 1 丁目1-60）宛に請求書と**振込口座がわかるもの（通帳またはキャッシュカード）のコピー**を持参または送付する。
- ⑥ 2か月程度で、指定の口座に入金される。

※医師（助産師）による受診証明書への記入・押印がない（記入してもらうのを忘れた等）場合は、健診実施機関発行の**領収書（原本）**を添付してください。（領収書は後日お返しします。）

※妊婦健康診査補助券は太枠内（本人記入欄）にのみ記入してください。（「実施機関記入欄」への記入は不要）

※入金通知などはしていませんので、ご本人で口座への入金を確認してください。

※内容の確認等の連絡をさせていただくことがありますので、連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

※可能な限り、受診から1か月以内に請求書を持参・送付してください。（年度内3月31日までに受診した分は、**4月10日（10日が土日祝日の場合は翌開庁日）までに持参・送付してください。**）

申請可能期間は受診日から1年以内です。1年を過ぎると申請ができませんので、ご注意ください。

<請求額（振込額）の考え方>

基本券のみの使用は可能です。

追加券は**基本券とセット**で使用することができます。追加券のみで請求することはできません。

受診費用になるべく近い金額分の補助券を貼付してください。

貼付された補助券の合計金額が受診費用よりも下回る場合、補助券の合計金額が請求額となります。

逆に、貼付された補助券の合計金額が受診費用を上回る場合は、受診費用の金額が請求額となります。

妊婦健診受診費用(A) 円	補助券の合計金額【基本券＋追加券分】 (B)		受診費用請求金額 (A) (B) のうち少ない額
	基本券 (回目) 2,500 円	追加券 2,500 円 × 枚 _____ 円	
	合計		円

必ず裏面の「妊婦健康診査受診費請求書」の記入方法をご参照ください。

< お問い合わせ先：檀原市こども家庭課 電話0744-47-3707 >

<表面>

様式第1号 (第5条関係)

妊婦健康診査受診費請求書 県外等受診者用 (3回目)

(請求日) 年 月 日

金 9,000 円

但し、妊婦健康診査受診に要した費用について

(宛先) 檀原市長

住所・氏名・電話番号は
基本券と同一にしてください。

住 所 檀原市畝傍町9-1
氏 名 檀原 花子
電話番号 0744-22-8331

振込先

支払機関名		預金種別		口座番号						
A B C 銀行 農協 信金		普通・当座 その他()		1	2	3	4	5	6	7
D E F 支店		フリガナ(必須)	カ シ ハ ラ ハ ナ コ							
店番	1	2	3	口座名義人	檀 原 花 子					
ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください。										
記号					番号					
フリガナ(必須)										
口座名義人										

1回の受診につき1枚請求書
が必要です。貼付する基本券
の回数と同じ数字を記入して
ください。

請求金額の訂正はできません
新しい請求書に書き直して
ください。

※請求金額以外で
記入誤りがあれば、二重線で
訂正してください。
修正ペン・テープ不可。
4
例) 県外等受診者用(3回目)

口座名義が妊婦本人と異なる
場合、欄外に鉛筆で妊婦との
続柄を記入してください。

実施機関で記入してもら
う欄です。
医師(助産師)の押印も
必要です。
※保険適用分は請求できません。

妊婦健康診査受診証明書

受診日 8年4月1日

妊婦健康診査に要した費用(健康保険が適用される場合は対象になりません)

金 9,000 円

上記のとおり証明します。

8年4月1日

所在地 ○○県○○市○○町1-1

健診実施機関名 □□産婦人科

担当医師(助産師)氏名 △△◇◇

(宛先) 檀原市長

<裏面> (複数貼付する場合は以下のように重ねて貼ってください。)

妊婦健康診査基本券(3回目) 加券 ⑦ 加券 ⑧ 加券 ⑨

下記妊婦の健康診査の費用について次の金額の補助をします。
委託機関の長殿 檀原市長 檀原市長 檀原市長 檀原市長

2,500円券

*上枠内をご記入の上、妊婦健康診査受診機関にご提出ください。

妊婦氏名	31年度発行番号	⑦	⑧	⑨
生年月日	住所	檀原市	町	町
年 月 日生	TEL ()	()	()	()
実施年月日	年 月 日	日	日	日
実施機関の名称	檀原市			
医師または助産師の氏名				

実施機関にて、
基本券(オレンジ色)の裏面の
健診機関記入欄
を記入してもら
ってください。

「実施機関記入欄」への
記入は不要です。

太枠内を記入してください。
請求書と同一にしてください。

(健診機関記入)
※本日の妊婦健診で実施した内容について、実施有欄に☑と結果を記入してください。

検査内容	実施有	結果
問診・診察・保健指導等	<input type="checkbox"/>	妊娠前体重(初回): kg 健診時体重: kg 身長(初回): cm
血液型	<input type="checkbox"/>	
B型肝炎抗原検査	<input type="checkbox"/>	- +
C型肝炎抗体検査	<input type="checkbox"/>	- +
HIV抗体検査	<input type="checkbox"/>	
梅毒血清反応検査	<input type="checkbox"/>	
風疹ウイルス抗体検査	<input type="checkbox"/>	予防接種要相談・免疫あり (出産後予防接種を要相談)
血糖検査	<input type="checkbox"/>	
血算検査	<input type="checkbox"/>	
H T L V - 1 抗体検査	<input type="checkbox"/>	- +
子宮頸がん検査(細胞診)	<input type="checkbox"/>	精検不要・要精検・判定不能(要再検)
超音波検査	<input type="checkbox"/>	
性器クラミジア検査	<input type="checkbox"/>	
B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

(本日の妊婦健康診査について)

* 健診機関より妊婦への健診結果の説明、体調管理に関する指導・相談対応を行うてください。また、市町村から妊婦へ対応する際は、健診機関との連携を行います。
* 健診結果は、市町村による情報処理後、本人のマイナンバーを上で確認できるようになります。反映まで時間がかかる場合があります。(各市町村によって、実施状況が異なります。)
* 空欄は、マイナンバーに未登録の項目です。