



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。
- ③ 「妊婦健康診査受診費請求書」の本人記入欄（〇回目、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 橿原市健康増進課（〒634-0065 橿原市畝傍町9-1）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>

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。

受診費用よりも貼付された補助券の合計金額が下回る場合、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。

例1) 受診費用（受診証明書の金額 or 領収書のコピー）が10,000円であった場合

→基本券1枚＋追加券3枚を貼付し、請求額は**10,000円**となります。

例2) 受診費用（受診証明書の金額 or 領収書のコピー）が7,000円であった場合

→基本券1枚＋追加券2枚を貼付し、補助券の合計は7,500円ですが、請求額は**7,000円**となります。

例3) 受診費用（受診証明書の金額 or 領収書のコピー）が7,000円であった場合

→基本券1枚＋追加券1枚を貼付し、補助券の合計が5,000円なので、請求額は**5,000円**となります。

例4) 受診費用（受診証明書の金額 or 領収書のコピー）が10,000円であった場合

→追加券の残りがなく基本券1枚のみ貼付した場合は、請求額**2,500円**となります。

例5) 受診費用が、保険適用2,000円と保険適用外5,000円の合計7,000円であった場合

→保険適用外のみ請求できるので、基本券1枚＋追加券1枚を貼付し、請求額**5,000円**となります。

例6) 健診を受診したが、基本券が残っておらず、追加券だけ数枚残っている場合

→追加券のみでの使用はできないため、請求することはできません。

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：橿原市健康増進課 電話0744-22-8331 >

<表面>

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) 令和 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

(あて先) 櫃原市長

住所 櫃原市畝傍町9-1
妊婦氏名 櫃原 花子
電話番号 0744-22-8331

裏面に、利用される金額分の妊婦健康診査補助券を貼付してください。

振込先 (※続柄不明な口座への入金はできません。)

支払機関名			預金種別				口座番号							
A	B	C	銀行 農協 信金	普通 (総合)・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 義人名	櫃	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)														
口座名義人名														

貼付する基本券の回数と同じ。
1回の受診につき1枚請求書が必要。

※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。

ただし、請求金額の訂正はできませんので、新しい様式に書き直していただきますようお願いいたします。

例) 県外等受診者用 (~~3~~ ⁴ 回目)

妊婦健康診査受診証明書

受診日 令和4年3月4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。

令和4年3月4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 △△ ◇◇

(あて先) 櫃原市長

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。

健診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。

請求書に記入する住所・妊婦氏名・電話番号と、補助券に記入するものを同一にしてください。

太枠内に、氏名・生年月日・発行番号・住所・電話番号を記入して、裏面に貼付してください。

「実施機関記入欄」への記入は不要です。

<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 ⑬
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。		の補助をします。	の補助をします。	の補助をします。
委託機関の長殿 櫃原市長		櫃原市長	櫃原市長	櫃原市長
2,500円券				
※本券を記入の上、妊婦健康診査実施機関にご提出ください。		提出ください。	提出ください。	提出ください。
妊婦氏名 櫃原 花子 様	31年度発行番号 (表紙の番号を転記してください) 1 2 3 4 5 6 7 0 2 - 1 5 0 0	表紙の番号を転記してください 4 5 6 7 1 5 0 0	表紙の番号を転記してください 4 5 6 7 1 5 0 0	表紙の番号を転記してください 4 5 6 7 1 5 0 0
生年月日 H4年5月6日生	住所 櫃原市 畝傍町 9-1 TEL (0744-22-8331)	畝傍町 9-1 44-22-8331)	畝傍町 9-1 44-22-8331)	傍町 9-1 4-22-8331)
実施機関記入欄				
実施年月日	年 月 日	日	日	日
実施機関の名称 所在地・TEL				
医師または助産師の名前				