

妊婦健康診査の償還払い制度について



日本国内の契約医療機関(※1)以外で受けた妊婦健康診査にかかった費用について、助成券の金額を上限に助成金を交付する制度です。

【対象者】 妊婦健康診査受診日現在、和光市に住民登録があり、契約医療機関(※1)以外の日本国内の医療機関または助産所で妊婦健康診査費用を自費でお支払いされた方

【申請期間】 原則、受診日から1年以内(まとめて申請する場合は、最終受診日から1年以内)

【申請に必要なもの】

- ①妊婦健康診査費申請書→和光市役所ネウボラ課で配布。市HPからダウンロード可能
- ②未使用の助成券→太枠内と検査年月日・医療機関所在地・医療機関名・医師氏名を記入しお持ちください※2
- ③健康診査費用を証明する書類(領収書等の原本)※3
- ④母子健康手帳→③で健康診査内容が確認できない場合、母子健康手帳で確認させていただきます
- ⑤振込み先口座がわかるもの(通帳等)

※1、※2、※3 は裏面で確認してください



新生児聴覚スクリーニング検査の償還払い制度について



日本国内の、契約医療機関(※1)以外で受けた新生児聴覚検査にかかった費用について、助成券の金額(3,000円)を上限に助成金を交付する制度です。

【対象者】 和光市に住民登録がある産婦が出産した新生児(原則、生後1か月まで)が、契約医療機関(※1)以外の日本国内の医療機関または助産所で、令和3年4月1日以降に新生児聴覚スクリーニング検査を受け、その費用を自費でお支払いされた新生児の保護者。

【申請期間】 原則、生後1年以内

【申請に必要なもの】

- ①新生児聴覚スクリーニング検査費申請書→和光市役所ネウボラ課で配布。市HPからダウンロード可能
- ②未使用の助成券→検査年月日・検査結果・医療機関所在地・医療機関名・医師氏名を記入しお持ちください※2
- ③検査費用の支払いを証明する書類(領収書等の原本)※3
- ④明細書(検査日と金額がわかるもの)→③で確認がとれない場合は、明細書で確認させていただきます。
- ⑤母子健康手帳→④で検査日や結果が確認できない場合、母子健康手帳で確認させていただきます。
- ⑥振込み先口座がわかるもの(通帳等)

※1、※2、※3 は裏面で確認してください

妊婦健康診査、新生児聴覚スクリーニング検査の償還払いの申請窓口

和光市子どもあんしん部ネウボラ課

月～金 午前8時30分～午後5時15分まで

電話 048-424-9087

Eメール d0600@city.wako.lg.jp

※1 ◎契約医療機関

埼玉県が契約している、県内と1都5県(茨城県・栃木県・群馬県・千葉県・東京都・神奈川県)にある病院・助産所です。

◆契約医療機関の確認方法⇒

- ①受診する医療機関に問い合わせる
- ②和光市のホームページで確認する
- ③ネウボラ課に問い合わせる Tel 048-424-9087

※3 原則、領収書は、助成券の金額を超えない場合、回収させていただきます。

※2 の記入例

必ず記入してください

★1

妊婦健康診査助成券 (13,910円)

母子健康手帳No.	フリガナ	妊婦 週
妊婦氏名		出産予定日 年 月 日
住所 (住民登録地)	〒 () () ()	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	

この助成券により、妊婦健康診査でかかった費用のうち
上限額 〇〇〇〇円が差し引かれます。
実施した検査により助成額が異なります(詳細は、助成額算出表による)

★2

検査年月日	結果	検査項目	結果
1 診察	異常なし 要指導・要治療 ()	7 血圧測定	/ mmHg
2 梅毒血清反応検査(定性)	陰性・陽性	8 尿化学検査	()
3 血糖検査	g/dl	(1) 蛋白	()
4 グルコース	mg/dl	(2) 糖	()
5 血清型検査 (ABO・抗Rh)	Rh + / -	(3) ケトン体	()
6 不規則抗体	陰性・陽性	9 風疹ウイルス抗体検査	()
		10 HBs抗原検査	陰性・陽性
		11 HCV抗体検査	陰性・陽性

★3

医療機関所在地	
医療機関名	
医師氏名	

<妊婦さんへ>

- 上記検査に係る費用の一部について公費で負担するものであり、無料券ではありません。
- 右記算出表による助成額を超えた分については、自己負担となります。
- ①~④の助成券は、妊婦健康診査1回につき、1枚使用できます。
- この助成券は、助産所では使用できません。

<助成額算出表>(医療機関使用欄)
(実施した健診・検査に「○」を記入してください)

検査内訳	実施	助成額(円)
基本健診(上記1~8)		11,410
風疹ウイルス抗体検査(上記9)		800
HbA1c抗原検査(上記10)		400
HCV抗体検査(上記11)		1,300
助成額(「実施」欄に○を記入した健診・検査の金額を合計してください)		

発行市町村外へ転出された場合には、この助成券の使用はできません。

新生児聴覚検査助成券 (1/2)
(医療機関保管用)

母子健康手帳No.	フリガナ	児の氏名
母の氏名		
住所 (住民票のある住所)	〒 () () ()	
母の生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	

この助成券により、初回検査でかかった費用から
〇〇〇〇円(自動ABR検査) / 〇〇〇〇円(OAE検査)が差し引かれます。
助成額を超えた分については、自己負担となります。

児の生年月日	令和 年 月 日	検査実施月齢	ヵ月
初回検査	検査年月日 令和 年 月 日	検査方法	1. 自動ABR 2. OAE
初回検査	結果	どちらかに○を付けてください	右耳 1. パス 2. リファード
		左耳 1. パス 2. リファード	
再検査	検査年月日 令和 年 月 日	検査方法	1. 自動ABR 2. OAE
再検査	結果	どちらかに○を付けてください	右耳 1. パス 2. リファード
		左耳 1. パス 2. リファード	

精密検査機関紹介先
市町村への連絡事項

医療機関所在地	
医療機関名	
医師氏名	

<保護者のカギ>

- 初回検査に係る費用の一部について公費で負担するものであり、無料券ではありません。(再検査費用は本人負担になります。)
- 助成券の額を超えた分について、窓口でお支払いください。
- 医療機関と相談の上、新生児聴覚検査実施時にご利用ください。
- 児の耳の聞こえについて市町村から連絡させていただくことがあります。医療機関で助成券を使用することにより、市町村への情報提供について、同意したものとみなします。

発行市町村外へ転出された場合には、この助成券の使用はできません。

- ★1は、ご自身で記入してください。
- ★2(助成券①、子宮がん検診助成券、新生児聴覚スクリーニング検査助成券)は、上記枠内の結果が必要です。受診された医療機関でご記入いただくか、検査結果を医療機関から頂くようにしてください。
- ★3は、医療機関所在地・医療機関名・医師氏名は医療機関で印かんを押して頂くか、ご自身で記入して頂くか、枠内をうめてからお持ちください。

◆ご注意ください！！

- ・健康保険が適用されている検査・健診は対象外(全額自己負担)となります
- ・助成の対象となる妊婦健康診査の回数は、和光市が発行している助成券の未使用の枚数を上限とします。新生児聴覚スクリーニング検査の回数は、1回です
- ・助成額は助成券に定められた金額を上限とします。ただし、自己負担した額が助成券の金額を下回った場合、自己負担した額となります
- ・妊婦健康診査を助産所で受ける場合、5,010円(②④⑤⑦⑧⑨⑬⑭)と5,710円(⑪)の助成券のみ使用できます。その他の助成券は使用できません