

産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)以外で受けた産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】 産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産婦健康診査費用を自費でお支払いされた方

※ 令和4年4月1日から令和6年3月31日までの出産の場合:1回目だけの助成

※ 令和6年4月1日以降に出産の場合:2回目までの助成

【申請期間】 原則、受診日から1年以内

【申請に必要なもの】

① 産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 ※2

→ 裏面※2の★1、★2、★3を参考に記入してください

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く場合がございます

⑤ 振込み先口座がわかるもの(通帳等)

【提出先】 市役所ネウボラ課母子保健担当

(郵送可)書類の不備があった場合の連絡先として、日中に繋がる電話番号をご記入ください。

※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 市HPで確認する ③ ネウボラ課に問い合わせる

※2 裏面をご確認ください

※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。

産婦健康診査費の償還払いの申請窓口

〒351-0192 和光市広沢1番5号

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

電話 048-424-9087 Eメール d0600@city.wako.lg.jp

【※2の記入例】

医療機関で記入してください
(A4 両面)

★1、★2、★3を
必ず記入してください

産婦健康診査助成券(5,000円) (1/2)
(医療機関保管用)

母子健康手帳№			
フリガナ	出生日	年	月 日
母の氏名			
住所 (住居のある住所)	〒 () () ()		
母の生年月日	昭和・平成	年	月 日生 () 歳

この助成券により、産婦健康診査でかかった費用から、()円が差し引かれます。助成額を超えた分については、自己負担となります。

健診項目	基本的な産婦健康診査/こころの健康チェック
健診年月日	令和 年 月 日
基本的な産婦健診	1. 異常なし 2. その他 ()
こころの健康チェック (使用した質問票にチェックを入れ、点数を記載してください。)	<input type="checkbox"/> エジソンパワ産後うつ病質問票：PPDS () 点 ※必須 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票 () 点 <input type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト
市町村への連絡事項	1. あり 内容： 2. あり (事前連絡済 <input type="checkbox"/> 、連絡票送付済 <input type="checkbox"/>)

医療機関等所在地
医療機関等名
医師等氏名

埼玉県和光市

＜産婦の方へ＞

- この助成券は、産婦健康診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。
- 助成券の額は5,000円です。5,000円を超えた分については、窓口でお支払いください。
- 産婦健康診査助成券は産婦お一人につき、1回使用できます。
- 健診結果は医療機関等から市町村に報告されます。医療機関等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。
- 健診結果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。
- 産婦健康診査については、「こころの健康チェック」の実施が必須です。
- 県外の医療機関等で受診する場合、「こころの健康チェック」の実施が可能か御確認ください。

和光市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。

4年度産婦健診

和光市産婦健康診査 こころの健康チェック質問票

和光市では、赤ちゃんとお母さんが安心して生活できるサポートを行っています。そのため、産婦健康診査の際に「こころの健康チェック質問票」にお答えいただいています。ご記入の内容は和光市に提供されます。

産婦健康診査助成券に助成券を利用する場合、市への情報提供に同意したものとみなします。

① エジソンパワ産後うつ病質問票

産後うつ病についてお答えします。
最近のあなたの気分を5段階で評価しましょう。毎日ではなく、「過去1週間」にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

1. 笑うことができず、物事のおもしろいと思わなかった。 () いつもと同様であった。 () あまりできなかった。 () ほとんどできなかった。 () 全くできなかった。	6. するべきことができなくて大変だった。 () はい、たいして別感ではなかった。 () はい、いつものよりよほど別感ではなかった。 () いいえ、たいしていいよほど別感ではなかった。 () はい、全くなかった。
2. 物事を楽しみにして得た。 () いつもと同様であった。 () あまりできなかった。 () ほとんどできなかった。 () はい、全くなかった。	7. 不安感などで、眠りにくかった。 () はい、ほとんどいつも通りだった。 () はい、寝つきが良かった。 () いいえ、あまり悪くではなかった。 () はい、全くなかった。
3. 物事が早くいった時、自分が必要な量に達した。 () はい、たいしてそうだった。 () はい、寝つきが良かった。 () はい、あまり悪くではなかった。 () はい、全くなかった。	8. 怒りになったり、悔みになったりした。 () はい、たいしてそうだった。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () はい、あまり悪くではなかった。 () はい、全くなかった。
4. ほんまにした事もないのに不安になったり、心配したりした。 () はい、そうではなかった。 () はい、ほとんどそうではなかった。 () はい、寝つきが良かった。 () はい、全くなかった。	9. 不安感などで、泣けてきた。 () はい、たいしてそうだった。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () はい、寝つきが良かった。 () はい、全くなかった。
5. ほんまにした事もないのに悲観に陥った。 () はい、しょっちゅうあった。 () はい、寝つきが良かった。 () はい、ほとんどそうではなかった。 () はい、全くなかった。	10. 自分自身を責めるという考えが浮かんで来た。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () はい、寝つきが良かった。 () はい、ほとんどそうではなかった。 () はい、全くなかった。

② 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんの、産後の状況についてどのように感じていますか？下の項目について今の気持ちに一番近いと思われる数値に○をつけて下さい。

1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。	()	()	()	()
2) 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからないと感じる。	()	()	()	()
3) 赤ちゃんのことが腹立たしく思われる。	()	()	()	()
4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。	()	()	()	()
5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。	()	()	()	()
6) 赤ちゃんの笑顔を楽しみにがらしている。	()	()	()	()
7) だんなや子育て仲間とつながりを感じている。	()	()	()	()
8) 赤ちゃんを愛してあげたいと感じる。	()	()	()	()
9) だんながいないかたがたと思う。	()	()	()	()
10) 赤ちゃんをとてもしんどいと感じる。	()	()	()	()

- ★1は、ご自身で記入してください。
- ★2は、上記枠内の結果が必要です。受診された医療機関で記入いただくか、検査結果を医療機関から頂くようにしてください。なお、「こころの健康チェック」に必要な書類は、母子健康手帳交付時に、契約医療機関(※1)以外の医療機関で出産予定の方へお渡ししています。産婦健康診査を受診する前に医療機関へ提出し、基本健診とともに実施してください。(市HPからダウンロード可)
- ★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！！

- 「基本的な産婦健診」の他に、「こころの健康チェック」の実施が原則必要となります。こころの健康チェックが未実施の場合は、助成の対象外となります
- 健康保険が適用されている健診は対象外(全額自己負担)となります
- 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