

里帰り出産等の妊婦健康診査・産婦健康診査 新生児聴覚検査費用の手続きについて

○助成対象者

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査受診日に塩竈市に住民登録がある方で、里帰り出産等のため、宮城県外の医療機関で受診された方。

○助成の概要

里帰り出産等による宮城県外で受けた妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査費用について、里帰り先での健診終了後申請内容に基づき、健診費用を指定銀行口座に振込みます。助成要件として、

- 1) それぞれの受診票の使用できる週数で受診し、未使用の受診票助成額が助成上限です。
- 2) 助成対象は妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査受診票(助成券)に記載の項目です。
- 3) 産婦健診時、EPDS (産後のママのこころの質問票等)の実施が必須となりますので、その結果等の記載が必要です。

1. 里帰り先で行うこと

健診を受ける時 提出するもの	①医療機関提出用封筒を提出する。 ②受診票(助成券)を提出する。	
健診等受診後 保管するもの	①受診票(助成券) ②医療機関発行の領収書(原本) ③医療機関発行の明細書(原本)	

窓口での手続きに必要なとなるので、紛失しないよう保管をしてください

2. 塩竈市に戻ってから行うこと(償還払い申請時に必要な書類)

全共通	①助成申請書(ホームページからダウンロードできます) ②医療機関発行の領収書および明細書(共に原本) ③母子健康手帳 ④母子健康手帳別冊(受診結果記入済みの助成券) ⑤振込先となる銀行口座番号(申請者と同じ名義のもの)が分かる物のコピー(通帳等)	
妊婦健康診査のみ	・塩竈市の妊婦健康診査受診票(受診結果記入済みの助成券)	
産婦健康診査のみ	・塩竈市の産婦健康診査受診票(受診結果記入済みの助成券)	
新生児聴覚検査のみ	・塩竈市の新生児聴覚検査受診票(受診結果記入済みの助成券)	

※申請における注意※

・申請の手続きは、妊婦健康診査・産婦健康診査、新生児聴覚検査受診後「6か月以内」にお願いします。

※問い合わせ先：こども家庭センターにこサポ(022-354-1225)

○ 妊婦健康診査受診票



妊婦健康診査受診票(助成券)

【 12 回 目 】

8,500円上限

市町村名(塩竈市)交付No.

妊婦記入欄	ふりがな 妊婦氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住 所 (住民登録しているところ)	世帯主名()	妊婦届出日 (受診券交付日)	令和	年	月 日
	出産予定日	令和 年 月 日	受診時妊娠週数	妊娠 週		
助成 対 象	必 須 項 目		その他の項目		(上限以下の場合記入)請求金額	
	☐ 問診および診察 ☐ 尿中一酸化物質半定量検査 ☐ 超音波検査 ☐ 末梢血直一般 ☐ B群溶血性連鎖球菌検査 (10~12回目のいずれかで1回)		(実施項目にチェック) ☐ NST 異常なし 要観察 要精検 要治療		円 市町村への連絡 無・有 (要指導・要訪問・その他) 連絡事項 有の場合の内容	
	健康診査 実 施 日		令和 年 月 日		医療機関名 担当医師名	
	※1 健診の内容により自己負担が生じることがあります ※2 転出した場合は使用できませんので、転出先の市町村にお問い合わせください ※3 健診1回につき1枚の受診票をお使いください ※4 記載されている受診週数は目安ですので、担当医の指示に従ってください (目安37週)					

○ 産婦健康診査受診票



産婦健康診査受診票(助成券)

【 産後2週間頃 】

5,000円上限

市町村名(塩竈市)交付No. 24187

産婦記入欄	ふりがな 産婦氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住 所 (住民登録しているところ)	世帯主名()	出 産 日	令和	年	月 日
実 施 機 関 記 入 欄	必 須 項 目		その他の項目		(上限以下の場合記入)請求金額	
	☐ 健康状態・育児環境の把握 (生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴、子宮復古状況、悪露、乳房の状態等) ☐ 血圧測定 [mmHg] ☐ 体重測定 [Kg] ☐ 尿検査 [蛋白 () - 糖 ()] ☐ E P D S [点 *うち質問10 点] ☐ EPDS未実施 【未実施の理由】 ☐ 精神科・心療内科に通院中 ☐ EPDS以外を実施 (ツール) の名称 ☐ その他 ☐ ボンディング [点]		1 異常なし 2 要 観 察 3 要 精 検 4 要 治 療		円 指示事項・保健指導内容等 (2~4の場合記入)	
	【未実施の理由】		市町村への連絡		市町村への連絡事項等 (2の場合記入)	
	健康診査 実 施 日		令和 年 月 日		医療機関名 担当医師名	
※1 健診の内容により自己負担が生じることがあります ※2 転出した場合は使用できませんので、転出先の市町村にお問い合わせください						

○ 新生児聴覚検査受診票



新生児聴覚検査受診票(助成券)

【 初 回 検 査 】

8,000円上限

市町村名(塩竈市)交付No. 24187

産婦記入欄	ふりがな 産婦氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住 所 (住民登録しているところ)	世帯主名()	電話 () - ()			
	ふりがな 児の氏名	男・女	出 産 日 (児の生年月日)	令和	年	月 日
実 施 機 関 記 入 欄 (検査方法・結果)	必 須 項 目					(上限以下の場合記入)請求金額
	※自動 ABR, OAE いずれかの項目に検査結果を記入してください。					
	自動 ABR	右	☐ パス	☐ リファア (要再検)		円
	左	☐ パス	☐ リファア (要再検)			
OAE	右	☐ パス	☐ リファア (要再検)		円	
左	☐ パス	☐ リファア (要再検)				
検査実施日		令和 年 月 日		医療機関名 担当 者 名		
※1 自己負担が生じることがあります ※2 転出した場合は使用できませんので、転出先の市町村にお問い合わせください ※5 本券の発行元市町村と異なる市町村にお子さんの住民登録をする場合、住民登録先の市町村にお問い合わせください						



- ①塩竈中央公共駐車場
- ②塩竈海岸通駐車場
- ③本塩釜駅前駐車場

お車でお越しの際は、
こちらの駐車場をご利用
ください♪

○その他詳細については市のホームページをご覧ください。
※問い合わせ先：こども家庭センターにこサポ
(022-354-1225)



←市HPはこちらからもアクセスできます