

妊婦・産婦・乳児健康診査費助成制度について

※申請期限:妊婦・産婦・乳児健康診査を受けた日から6か月以内

(1) 江田島市に住所のある妊婦等で、里帰り出産等で、県外で受診した人
(2) その他必要と認められた人

(1) 医療機関に実際に支払った健診費用の額

(2) 江田島市が委託医療機関と契約している額 ※参考欄をご覧ください。

(1) 妊婦・産婦一般健康診査

- ・妊婦健康診査検査券 ……………黄色
- ・妊婦一般健康診査補助券(1回目～14回目)……ピンク色
- ・子宮頸ガン検診受診券 ……………オレンジ色
- ・クラミジア検査受診券 ……………薄紫色
- ・産婦健康診査補助券(2枚)…………空色・オレンジ色
- ・助産施設妊婦一般健康診査補助券(1人11回まで) ※申請が必要です。(母子健康手帳別冊にはついていません)

(2) 乳児一般健康診査

- ・新生児聴覚検査受診券 ……………銀鼠色
- ・乳児一般健康診査受診票(2枚)……水色

(1) 妊産婦・乳児健康診査費助成申請書裏面①
(2) 対象健康診査の受診券(補助券)及び結果票裏面②
(3) 領収書(明細に点数・病院名・連絡先の記入があるもの)
(4) 健康診査結果の表示のある母子健康手帳の写し裏面③
(5) 妊産婦・乳児健康診査費助成請求書 **押印**裏面④
(6) 通帳(振込みを希望する口座番号のわかるもの)※郵送の場合は通帳のコピーを送ってください

※最初は(1)～(4)の提出をお願いします。後日(5)(6)が必要となります。

・[江田島市役所ホ一](#)
＞子育て・教育＞出
[乳児健康診査を受](#)
ードできます。

(1) 窓口：子育て支援課、本庁（保健医療課）、各市民センター（江田島・能美・沖美）、三高支所
(2) 郵送：※申請期限内に届くようにしてください。

(令和4年4月1日現在)

健康診査種類	金 額
妊婦一般健康診査検査券	11,900円
妊婦一般健康診査補助券（1回～14回）	6,280円 ^{（1回につき）}
子宮頸ガン検診受診券	3,200円
クラミジア検査受診券	2,330円
産婦健康診査補助券（1回～2回）	5,000円
助産施設妊婦一般健康診査補助券	3,510円 ^{（1回につき）}
新生児聴覚検査受診券	2,840円
乳児一般健康診査受診票（1回～2回）	6,280円 ^{（1回につき）}

※ 医療機関に実際に支払った金額と上記の金額で、いずれか少ない方の額を助成します。
 ※ 診療報酬の改定があった場合、金額が変更する場合があります。詳しくは、子育て支援課へお問い合わせください。

☎ 0823-42-2852

①

申請書

様式第1号（第4条関係）

江田島市長 妊産婦・乳児健康診査費助成申請書

江田島市長様

申請者 住所 江田島市 町

(本人又は世帯主、保護者)

氏名

対象 電話番号

対象者 住所 江田島市 町

氏名

妊婦・乳児健康診査費助成金の支給を受け 生年月日 年 月 日生

1 領収書（医療機関等発行）
明細に点数・病院名・連絡先の記入があるもの

2 健康診査結果の表示のある母子健康手帳の写し

3 妊婦健康診査等の受診票
受診票の種類（該当するものに○をしてください。）

(1) 妊婦一般健康診査検査券

(2) 妊婦一般健康診査補助券（ 回目）

(3) 子宮頸ガン検診受診券

(4) クラミジア検査受診券

(5) 乳児一般健康診査受診券

(6) 助産施設妊婦一般健康診査補助券（ 回目）

※ 記入しない

年 月 日

提出書類等記入例

<記入上の注意>

(1)(2)(3)
が同じ人になること

- (1) 申請者（氏名）
- (2) 請求者（氏名）
- (3) 振込先（振込口座名義）

②

対象健康診査の受診券（補助券）及び結果票

江田島市 妊婦一般健康診査補助券（1回目）

江田島市 妊婦一般健康診査結果票（1回目）

江田島市 妊婦一般健康診査検査券

江田島市 子宮頸ガン検診受診券

江田島市 クラミジア検査受診券

江田島市 乳児一般健康診査受診券

江田島市 助産施設妊婦一般健康診査補助券（1回目）

受診した医療機関で記入してもらう。

※産婦健康診査は、母子健康手帳に結果を記載する部分がありませんので、必ず枠内を医療機関で記載してもらってください。

③

健康診査結果の表示のある母子健康手帳の写し

(1) 妊婦健診（乳児健康診査）を受診した結果が記入してあるページ

(2) 妊婦の氏名が確認できるページ

妊婦健診（乳児健康診査）を受診した結果が記入してあるページ

妊婦の氏名が確認できるページ

出生届出済証明

出生届出済証明

④

請求書

様式第4号（第7条関係）

江田島市長 妊産婦・乳児健康診査費助成請求書

江田島市長様

請求者 住所 江田島市 町

(本人又は世帯主、保護者)

氏名

年 月 日付第 号で交付決定を受けた妊婦・乳児健康診査費助成金について、次のとおり請求します。

金 額 円

振込先

振込先金融機関	農協・銀行・信組	店(所)
普通預金	信用・相銀・漁協	
当座預金	中金・信金・漁連	
その他()	口座番号	
振込口座名義(請求者)	ふりがな	
氏名		

※ 記入しない

年 月 日

印