

妊婦・産婦健康診査・新生児聴覚検査の払い戻し申請のご案内

- 受診時、新潟市に住民票がある方が対象となります。

母子健康手帳交付後、県外の医療機関・助産所（一部を除く）で各健康診査または聴覚検査を受診した際に、各健康診査費・聴覚検査費（保険適用外）を自己負担した方は、上限額の範囲で新潟市が助成をしますので、下記の手続きをしてください。

※産婦健康診査は、下表に記載されている健診内容をすべて実施した場合、助成いたします。健診内容をすべて実施していない場合、助成ができませんので、ご了承ください。

《妊婦健康診査上限額》(R8.6.1～)

初 回 （血液検査、超音波検査、子宮頸がん検診あり）26,650 円
4 回 （超音波検査あり）：9,870 円
7 回 （超音波検査、クラミジア検査、貧血検査、血糖検査あり）：
17,060 円
10回 （B群溶血性レンサ球菌検査あり）：8,890 円
11回 （超音波検査、血算検査）：11,730 円
その 他 （基本的な妊婦健康診査のみ）：5,090 円

《産婦健康診査上限額》

各 回 5,000 円（問診・診察、体重・血圧測定、
尿検査、エジンバラ産後うつ病質問票を
すべて実施した場合）

《新生児聴覚診査上限額》

初回検査 1 回のみ 5,000 円（AABR、ABR、OAE
のいずれか一つ）

《申請期間》 出産後1年に満たない日（1歳のお誕生日の前日）

《申請方法》 どの方法でも申請できます。

- 必要書類を同封して下記担当あてに郵送
（郵送の場合は、切手の不足がないようご確認ください）
- 区役所健康福祉課に必要書類を持参
※出張所、連絡所、地域保健センターでは手続きできません。
- 電子申請
右記のQRコードを読み込むと新潟市ホームページに遷移します。
「新潟市妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費の払い戻し電子申請はこちら」から申請できます。



《助成方法》 申請書に記載された振込先口座に、申請の翌月末頃までに振込みます。

申請必要書類は裏面へ

↓産婦健康診査を受診する前に、切り取って受診予定の医療機関へお渡しください。

切り取り線

産婦健康診査を実施する医療機関様

新潟市では、産婦健康診査の払い戻しの助成対象を下記の健診内容をすべて実施する健康診査としております。

産婦健康診査を実施した際は、母子健康手帳の「出産後の母体の経過」ページの記載をお願いいたします。母子健康手帳や領収書・明細書で健診内容を確認できない場合は、ご連絡をすることがありますので、ご了承ください。ご不明な場合は、下記までお問い合わせください。

《産婦健康診査内容》・問診、診察 ・体重・血圧測定 ・尿検査

・ツールを用いた客観的なアセスメントによる精神状態の把握(エジンバラ産後うつ病質問票による聞き取り等)

【問合せ先】 〒951-8550

新潟市中央区学校町通1番町602番地1
新潟市こども家庭課 母子保健グループ

TEL：025-226-1205

FAX：025-224-3330

《必要書類》

- ① 妊婦・産婦健康診査費・新生児聴覚検査費払い戻し申請書 ※太枠内に記入をしてください。
(新潟市ホームページの「妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費の払い戻しについて」のページよりダウンロードできます。)
 - 同意書の内容に同意できない場合は、住民票と受診医療機関の明細書を添付してください。同意書がなく、明細書で産婦健康診査の内容が確認できない場合は、お支払いができないことがあります。
 - 申請書の「受診状況」は、母子健康手帳を参考に受診年月日、その日の受診票の使用の有無、受診した医療機関名を記入してください。受診した全ての健康診査・聴覚検査について記載が必要です。
(母子健康手帳確認場所：妊婦健康診査は「妊娠中の経過」ページ、産婦健康診査は「出産後の母体の経過」ページ、新生児聴覚検査は「(新生児)検査の記録」ページ)
- ② 口座番号、名義人の記載されている口座情報が分かるもののコピー
※旧姓の口座を指定する場合は、振り込みが完了するまで口座変更や解約は行わないでください。
※旧姓の場合は、旧姓が確認できる本人確認書類(運転免許証両面、旧姓が併記されたマイナンバーカードなど)のコピーが必要です。
 - 振込先名義が本人以外(夫の銀行口座など)の場合は委任状が必要です。
(委任状は新潟市ホームページの「妊婦・産婦健康診査、新生児聴覚検査費の払い戻しについて」のページより、ダウンロードできます。)
- ③ 使用せずに残った受診票(医療機関の記載の有無に関わらず、残っている受診票は添付してください。)
- ④ 受診時の領収書とその明細書(どちらも原本、払い戻し手続き後に担当課より返却します。)
※領収書がない場合は、支払証明書の添付でも可とします。
- ⑤ 母子健康手帳のコピー
妊婦健康診査：「妊娠中の経過」「(妊婦)検査の記録」
産婦健康診査：「出産後の母体の経過」
新生児聴覚検査：「(新生児)検査の記録」 コピーの右上に申請者氏名を記入してください。

【問合せ先及び送付先】

〒951-8550

新潟市中央区学校町通1番町602番地1

新潟市こども家庭課 母子保健グループ

TEL：025-226-1205

FAX：025-224-3330

切り取り線
