

払い戻し申請のご案内

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・助産所で妊婦健康診査を受診した際に自己負担をした妊婦健康診査費（保険適用外）は、**各回の健診内容の上限額の範囲**で新潟市が返金をしますので、下記の手続きをしてください。

《申請時期》 **最後の妊婦健康診査受診日から1年以内**

《申請方法》 **どちらの方法でも申請できます。**

- 必要書類を同封して下記担当係あてに郵送
(郵送の場合は、切手の不足をご確認ください)
- 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。

《返金方法》 申請書に記載された振込先口座に、申請をされた翌月末頃までに振込みます。

《各回の上限額》(R2.4.1～)

初 回	(血液検査, 超音波検査, 子宮頸がん検診あり) 25,430 円
4 回	(超音波検査あり): 9,840 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): 17,050 円
10回	(B群溶血性レンサ球菌検査あり): 8,760 円
11回	(超音波検査, 血算検査): 11,670 円
その他	(基本的な妊婦健康診査のみ): 5,060 円

《必要書類》

① 妊婦健康診査費払い戻し申請書

(新潟市ホームページ>子育て・教育>妊娠・出産・子育て>妊娠・出産>妊婦の健康診査>妊婦健康診査よりダウンロードできます。)

※申請書の両面の太枠内を記入が必要です。

- 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。
- 裏面の「妊婦健康診査受診状況」は、母子健康手帳P12～P13の「妊娠中の経過」に記載されている受診年月日、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。受診した全ての妊婦健診について記載が必要です。

② 口座番号、名義人(カタカナ)の記載されている通帳のコピー

※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、本人確認のため戸籍抄本または運転免許証の両面のコピーが必要です。

③ 使用せずに残った受診票(医療機関の記載済みでも残っている受診券は送付が必要)

④ 受診時の領収書とその明細書(どちらも原本、払い戻し後に担当課より返却)

⑤ 母子健康手帳「妊娠中の経過」「検査の記録」欄のコピー

新潟市が交付した母子健康手帳の場合、「妊娠中の経過」はP12～P13「検査の記録」はP14です。

コピーの右上に申請者氏名を記入してください。

振込み先について

○申請者(妊産婦本人)以外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>子育て・教育>妊娠・出産・子育て>妊娠・出産>妊婦の健康診査>妊婦健康診査よりダウンロードできます。)

※ 県外で新生児訪問を希望する場合、原則料金は自己負担となりますが、市町村によっては無料で受けることができる場合がありますので、下記または区役所へお問合せください。

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 母子保健係
025(226)1205