

★受診先の兵庫県外の医療機関に
お渡しください

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査 実施医療機関の皆様へ（お願い）

神戸市では、妊娠の届出をされた方に妊婦健康診査受診券、産婦健康診査受診券（以下、受診券）および新生児聴覚検査費用助成券（以下、助成券）をお渡し、妊婦健診、産婦健診および新生児聴覚検査費用の助成を行っております。

兵庫県外の医療機関で受けた妊婦健診、産婦健診および新生児聴覚検査費用は、いったん妊婦（産婦）ご本人様が自費で支払い、「分娩または妊娠の終了後」もしくは「検査実施後」に神戸市に償還払いの申請をされます。

申請にあたっては、貴院で実施された妊婦健診内容・産婦健診内容・新生児聴覚検査内容（健康保険適用外）を記載した受診券・助成券が必要です。

大変お手数をお掛けいたしますが、受診券・助成券の提出がありましたら、【医療機関記入欄】に必要事項をご記入いただき、記入済みの受診券・助成券と領収書、明細書を妊婦（産婦）ご本人様にお渡し願います。

神戸市が交付する妊婦健康診査受診券の種類

受診券の種類（助成上限額）	枚数	備考
基本健診受診券（黄色）（5,000円）	14枚	1回の定期健診に1枚のみ使用可能
血液検査等受診券①（ピンク）（15,000円）	1枚	・受診券の健診項目に記載のある血液検査を1項目以上実施した場合のみ使用可能 ・1回の健診ごとにいずれか1枚のみ使用可能（血液検査等受診券同士の組み合わせは不可）
血液検査等受診券②（オレンジ）（4,000円）	1枚	
血液検査等受診券③（薄紫色）（3,000円）	1枚	
超音波等その他検査受診券①（緑色）（3,000円）	4枚	1回の健診で複数枚使用可能
超音波等その他検査受診券②（水色）（2,000円）	8枚	
多胎基本健診受診券（黄色） ※ 多胎妊娠の方にのみ交付（5,000円）	5枚	・1回の健診ごとに1枚のみ使用可能 ・15回目以降の健診から使用可能

神戸市が交付する産婦健康診査受診券の種類

受診券の種類（助成上限額）	枚数	備考
産婦健診受診券（産後2週間券）（ピンク）（5,000円）	1枚	使用時期：産後4週未満
産婦健診受診券（産後1か月券）（緑）（5,000円）	1枚	利用期限：産後7週と6日（55日）以内

神戸市が交付する新生児聴覚検査費用助成券の種類

助成券の種類	枚数	助成上限額
新生児聴覚検査費用助成券（紫色）	こども1人につき1枚	自動ABR検査 5,000円又は OAE検査 3,000円

妊婦健康診査受診券の使用例

例1) 定期健診 (5,000 円) と NST (1,500 円) を実施した場合

- ・基本健診受診券 1 枚、超音波等その他検査受診券②1 枚が使用いただけます。

例2) 定期健診 (5,000 円) と GBS (2,500 円)、NST (1,500 円) を実施した場合

- ・基本健診受診券 1 枚、超音波等その他検査受診券②2 枚が使用いただけます。

例3) 定期健診 (5,000 円) と超音波検査 (4,000 円) を実施したが、基本健診受診券の残りが無い。

- ・定期健診 (基本健診) の助成回数には上限があります。すでに全てご使用の場合、それ以降の定期健診費用は助成の対象外です。
- 定期健診を除いた超音波検査 4,000 円分が助成対象となり、超音波等その他受診券②2 枚がご使用いただけます。

受診券・助成券の【医療機関記入欄】にご記入をお願いいたします。

超音波等その他検査受診券① (神戸市妊婦健康
兼請求依頼書) 上限

見本

【本人記入欄】 No. 1

受診日現在の住民票 神戸市 _____ 区
※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。
・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関 (神戸市医師会に帰属する医療機関) にあつては、神戸市医師会) に委任します。
・不正があつた場合、全額返還します。

氏名 _____

【医療機関記入欄】

健診年月日 令和 ● 年 ● 月 ● 日 (妊娠 ● 週)

健診項目 (実施した項目にチェックしてください)

超音波検査 血算検査
 子宮頸がん検診(細胞診) 性器クラミジア検査
 B 群溶血性レンサ球菌 (GBS) 検査
 その他検査 (NST、血糖)

医療機関 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
 所在地 A 県 B 市 C 町 1-2-3
 名称 D 病院

助成上限額を超過した分は、自己負担となります。
おつりはできません。

①健診年月日をご記入ください。

②実施された健診項目にチェックしてください。
実施した検査が受診券の検査項目に無い場合は「その他」欄にチェックの上、実施内容をご記入ください。
保険適用外の検査のみ受診券にチェックしてください。

③所在地、医療機関名称等のゴム印を押印してください。

神戸市新生児聴覚検査費用助成券兼
自動 ABR 検査 5,000 円(上限)または OAE 検査 3,000 円(生後 8 週未満に限る)

見本

【保護者記入欄】

検査日現在の住民票 神戸市 _____ 区
※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。
・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関 (神戸市医師会に帰属する医療機関) にあつては、神戸市医師会) に委任します。また、検査の結果が神戸市に通知されることに同意します。
・不正があつた場合、全額返還します。

保護者氏名 _____

【医療機関記入欄】

受検児氏名 神戸 花子

生年月日 令和 ● 年 ● 月 ● 日

以下、該当するものにチェックしてください。

検査方法 自動 ABR OAE

検査結果
 初回検査 : × 年 × 月 × 日(生後 × 日)
 右 (パス リファア) 左 (パス リファア)
 確認検査 : 年 月 日(生後 日)
 右 (パス リファア) 左 (パス リファア)

請求額
 自動 ABR 5,000 円(上限)又は OAE 3,000 円(上限)
 検査費用が上限を下回る
※右に金額を記入してください _____ 円

医療機関 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
 所在地 A 県 B 市 C 町 1-2-3
 名称 D 病院

・助成上限額を超過した分は、自己負担となります。おつりはありません。

①受検児氏名及び生年月日をご記入ください。

②実施された検査方法にチェックの上、検査日、検査結果をご記入ください。
実施した検査方法の請求額を該当項目にチェックしてください。検査費用が上限を下回る場合のみ、右側に金額をご記入ください。

③所在地、医療機関名称等のゴム印を押印してください。