

# 大津市妊産婦健康診査等費用払い戻し（自己負担分）の御案内

- 大津市から受診券の交付を受けた後、妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査（以下「健康診査等」という。）を受診したときに自己負担した費用のうち、次の①～④に該当する費用について、申請に基づき償還払い（払い戻し）を行います。
- 償還払いの対象となる費用は、大津市が対象と定める検査等の項目（4ページ参照）のために要した費用に限ります。

### 【償還払いの対象となる費用】

- ①妊婦健康診査（基本健診・各種検査）について、受診券の補助上限金額を超えて自己負担した費用
- ②妊婦健康診査（基本健診）について、受診券の補助上限回数である14回（多胎妊婦の方は19回）を超えて受診した際に自己負担した費用。ただし、出産予定日（妊娠40週0日）以降の、医師等が必要と認めた受診に限る。
- ③県内の医療機関等で受診券を使用せずに妊婦健康診査（基本健診・各種検査）・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査を受診したことにより自己負担した費用
- ④県外の医療機関等で受診券を使用せずに妊婦健康診査（基本健診・各種検査）・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査を受診したことにより自己負担した費用

※①～③については、令和6年4月1日以降の受診分のみ対象となります。

※1か月児健康診査については、令和7年4月1日以降に出生された方が受診した場合のみ対象となります。

※大津市から受診券の交付を受ける前に受診した健康診査等については、対象となりません。

### ●…償還払いの対象

|                               |      | ①                      | ②                             | ③                                | ④                                   |
|-------------------------------|------|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
|                               |      | 受診券の補助上限金額を超えて自己負担した費用 | 受診券の補助上限回数を超えて受診した際に自己負担した費用  | 県内の医療機関等で受診券を使用せずに受診した際に自己負担した費用 | 県外の医療機関等で受診券を使用せずに受診したことにより自己負担した費用 |
| 妊婦健康診査                        | 基本健診 | ●                      | ●<br>14回(多胎妊婦の方は19回)を超えて受診した分 | ●                                | ●                                   |
|                               | 各種検査 | ●                      |                               | ●                                | ●                                   |
| 産婦健康診査<br>新生児聴覚検査<br>1か月児健康診査 |      |                        |                               | ●                                | ●                                   |

#### 《大津市外への転出・大津市内への転入があった場合》

- ・原則として、妊産婦または児（新生児聴覚検査については新生児の保護者）が大津市に住民登録がある期間中に受診した健康診査等に限り対象となります。
- ・大津市外に転出した方であっても、大津市に住民登録がある期間中に受診した健康診査等については、償還払いの申請をすることができます。

#### 《国外の医療機関等で受診した場合》

- ・国外で受診した健康診査等に要した費用の償還払いについては、制度の仕組みや申請方法等が、この御案内の内容とは異なります。また、国内分と国外分はまとめて一度に申請する必要がありますので、必ず事前に2ページに記載のお問合せ先に御相談ください。

## 1. 申請の流れ・申請可能期間

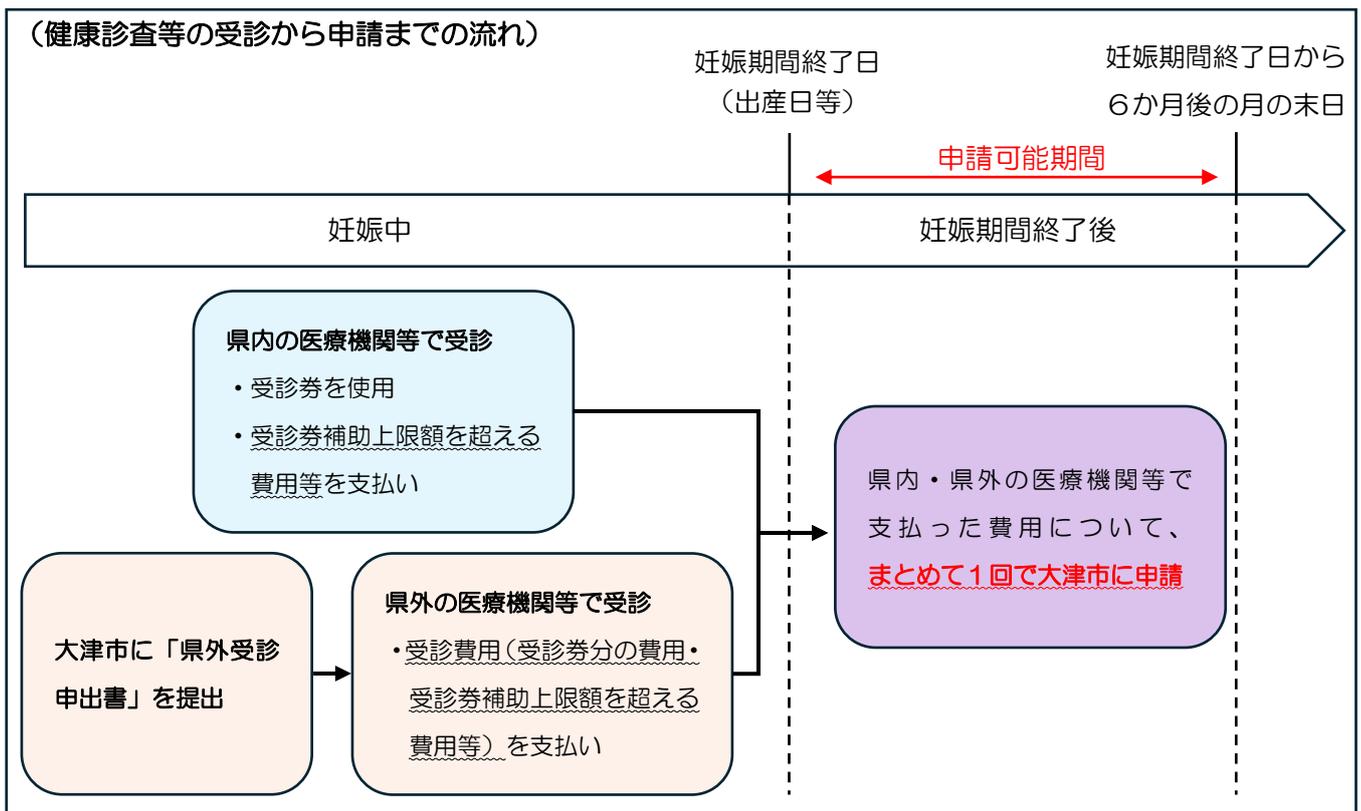
申請は、原則として申請可能期間内に、一度の妊娠・出生について1回に限り行うことができます。そのため、妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査について、受診する予定のものをすべて終わらせてから御申請ください。

※県外の医療機関等で自己負担した費用について申請するためには、事前に大津市に「大津市妊産婦健康診査等県外受診申出書」を提出している必要があります。提出されていない場合は、下記お問合せ先へ御相談ください。

### 【申請可能期間（原則）】

**妊娠期間終了日（出産・流産・死産）から、その日が属する月の6か月後の月の末日まで**

（例：出産日 5/1→申請期限 11/30、出産日 8/31→申請期限 2/28）



## 2. 申請方法

申請書類をすべてそろえて、下記申請先（大津市母子保健課）の窓口または郵送で申請してください。

※申請期限が土・日・祝日に当たる場合は、窓口での受付はその前の最後の開庁日、郵送の場合は申請期限当日の消印有効です。

※各すこやか相談所・各支所の窓口では受付しておりません。

※郵送の場合、差出・配達記録が残る簡易書留や特定記録郵便などの御利用を強くお勧めします。

## 3. 償還払いの決定・棄却

申請の後、大津市から償還払決定通知書又は償還払棄却決定通知書を送付します。

償還払いが決定した場合は、決定通知からおおむね1か月後に、申請書兼請求書に記載いただいた口座に決定金額を振り込みます。

### 【申請先・お問合せ先】

〒520-0047 大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津2階  
大津市こども未来部こども総合支援局母子保健課 妊産婦健診等償還払担当  
電話：077-511-9182

## 申請書類一覧

- ・申請書類を準備する際は、「妊産婦健康診査等払い戻し申請チェックシート」を御活用ください。
- ・医療機関等に新たに証明書類を作成してもらう場合、2～3週間以上の期間がかかることも想定されますので、期間に余裕をもって御準備ください。

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 必須書類     | 1 | <p>大津市妊産婦健康診査等費用申請書兼請求書（自己負担金償還払用）（様式第3号）<br/>※記入例を参考に御作成ください。</p>  |
|          | 2 | <p>母子健康手帳のコピー<br/>□表紙<br/>□健康診査等の結果が記されているページ（大津市の母子健康手帳の場合、p.8、9）</p> <p>【産婦健康診査について申請する場合】<br/>□出産後の母体の経過のページ（大津市の母子健康手帳の場合、p.15）</p> <p>【新生児聴覚検査について申請する場合】<br/>□新生児聴覚検査の記録ページ（大津市の母子健康手帳の場合、p.18）</p> <p>【1か月児健康診査について申請する場合】<br/>□1か月児健康診査の記録ページ（大津市の母子健康手帳の場合、p.23）</p>   |
|          | 3 | <p>振込先の通帳のコピー（金融機関名・支店名・□座名義人・□座番号が確認できるページ）<br/>※ネット銀行の場合は、□座情報が確認できる画面のコピーを添付してください。<br/>※キャッシュカードのコピーは、添付書類として使用できません。<br/>※申請後、振込みが完了するまでの間に□座名義人氏名の変更や□座の解約等をする場合は、必ず2ページに記載のお問合せ先に御連絡ください（御連絡がない場合、振込不能となり、追加の提出書類が必要になります）。</p>  |
|          | 4 | 誓約・同意書  |
|          | 5 | <p>健康診査等の内容及び費用を負担したことを証明する書類<br/>→申請する健康診査等のそれぞれについて、次のいずれかによる証明が必要です。</p> <p>□領収書及び診療明細書（原本）<br/>※診療明細書がない場合、償還金額の算定ができないことがありますので、医療機関等から交付されている場合は必ず御提出ください。<br/>※原本は原則返却しませんので、必要な場合はコピーを取った上で、原本を御提出ください。</p> <p>□医療機関等が作成した、健康診査等の内容及び領収金額について証明する書類<br/>※「大津市妊産婦健康診査等実施報告書（自己負担金償還払用）」（様式第15号）や「妊婦健康診査等実施報告書」（「妊婦健康診査費等請求書（県外受診者用）」（様式第14号）の下欄）など。<br/>※この報告書の作成に文書料がかかる場合であっても、その費用は助成対象外です。</p> |
| 該当する場合のみ | 6 | 【県外の医療機関等での受診分、県内の医療機関等で受診券を使用しなかった分の申請をする場合】<br>受診券  |
|          | 7 | <p>【妊産婦本人（新生児聴覚検査・1か月児健康診査については申請者となる保護者本人）以外の方が□座名義人である金融機関□座への振込みを希望する場合】<br/>委任状<br/>※大津市ホームページに様式例を掲載しています。<br/>※申請者（委任者）については押印が必要です。また、押印する際は、申請書兼請求書に使用する印鑑と同一の印鑑を使用してください。</p>  |
|          | 8 | <p>【やむを得ない事情により申請期限を過ぎてから申請する場合】<br/>遅延理由申出書<br/>※大津市ホームページに様式例を掲載しています。<br/>※やむを得ない事情とは、長期間の入院や災害等による避難等のことを指します。単に申請が遅れた場合や医療機関等に証明書類を作成してもらうのに時間を要した場合等は、原則として償還払いを受けることはできません。</p>  |
|          | 9 | <p>【新生児聴覚検査・1か月児健康診査について、児の父母以外の方が保護者として申請する場合】<br/>児の保護者であることを証明する書類<br/>※状況により必要書類が異なりますので、申請をする前に、2ページに記載のお問合せ先に御連絡ください。</p>   |

## よくある御質問

|            | 内 容   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
|------------|---|------|-----------------------------------|-------|-------|----------|--|----------|--|----------|-----------------------------|------------|--------------------------------|---------|-----------------------------------|-------|--|---------|-----------------|---------|---------------|------|--|----------|--|
| 1          | <p>問：償還払いの対象となる検査等の内容について詳しく教えてください。</p> <p>答：大津市が対象と定める検査等の項目は、次の表のとおりです。<br/> <u>この表に記載されていない内容（NSTなど）については、償還払いの対象となりません。</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">基本健診</td> <td>問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、保健指導、身長(初回のみ)</td> </tr> <tr> <td>超音波検査</td> <td>超音波検査</td> </tr> <tr> <td>血液検査(初期)</td> <td>末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)、糖、生化学(I)判断料、TPHA検査(定性)、梅毒脂質抗原使用検査、HBs抗原精密測定、HCV抗体精密測定、ウイルス抗体価(風疹)、免疫学的検査判断料、ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体、HIV抗体価検査、HTLV-1抗体検査</td> </tr> <tr> <td>血液検査(中期)</td> <td>末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)、糖、生化学(I)判断料、HTLV-1抗体検査、免疫学的検査判断料</td> </tr> <tr> <td>血液検査(後期)</td> <td>末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)</td> </tr> <tr> <td>HTLV-1抗体検査</td> <td>血液検査の妊娠初期、妊娠中期のいずれかで実施するものとする。</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん検査</td> <td>子宮頸がん細胞診(細胞診婦人科材料、病理判断料、子宮頸管粘液採取)</td> </tr> <tr> <td>GBS検査</td> <td>B群溶血性レンサ球菌(細菌培養同定検査、微生物学的検査判断料、子宮頸管粘液採取)</td> </tr> <tr> <td>クラミジア検査</td> <td>クラミジアトラコマチス核酸同定</td> </tr> <tr> <td>新生児聴覚検査</td> <td>自動ABR法もしくはOAE</td> </tr> <tr> <td>産婦健診</td> <td>問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、乳房・授乳の状況、EPDSまたは2項目質問票を用いたスクリーニング検査、保健指導</td> </tr> <tr> <td>1か月児健康診査</td> <td>身体発育状況、栄養状態、疾病および異常の有無、新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認、ビタミンK2投与の実施状況の確認および必要な指導、育児上問題となる事項</td> </tr> </table> | 基本健診 | 問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、保健指導、身長(初回のみ) | 超音波検査 | 超音波検査 | 血液検査(初期) | 末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)、糖、生化学(I)判断料、TPHA検査(定性)、梅毒脂質抗原使用検査、HBs抗原精密測定、HCV抗体精密測定、ウイルス抗体価(風疹)、免疫学的検査判断料、ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体、HIV抗体価検査、HTLV-1抗体検査 | 血液検査(中期) | 末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)、糖、生化学(I)判断料、HTLV-1抗体検査、免疫学的検査判断料 | 血液検査(後期) | 末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈) | HTLV-1抗体検査 | 血液検査の妊娠初期、妊娠中期のいずれかで実施するものとする。 | 子宮頸がん検査 | 子宮頸がん細胞診(細胞診婦人科材料、病理判断料、子宮頸管粘液採取) | GBS検査 | B群溶血性レンサ球菌(細菌培養同定検査、微生物学的検査判断料、子宮頸管粘液採取) | クラミジア検査 | クラミジアトラコマチス核酸同定 | 新生児聴覚検査 | 自動ABR法もしくはOAE | 産婦健診 | 問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、乳房・授乳の状況、EPDSまたは2項目質問票を用いたスクリーニング検査、保健指導 | 1か月児健康診査 | 身体発育状況、栄養状態、疾病および異常の有無、新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認、ビタミンK2投与の実施状況の確認および必要な指導、育児上問題となる事項 |
| 基本健診       | 問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、保健指導、身長(初回のみ)   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 超音波検査      | 超音波検査   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 血液検査(初期)   | 末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)、糖、生化学(I)判断料、TPHA検査(定性)、梅毒脂質抗原使用検査、HBs抗原精密測定、HCV抗体精密測定、ウイルス抗体価(風疹)、免疫学的検査判断料、ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体、HIV抗体価検査、HTLV-1抗体検査  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 血液検査(中期)   | 末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)、糖、生化学(I)判断料、HTLV-1抗体検査、免疫学的検査判断料  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 血液検査(後期)   | 末梢血液一般検査、血液学的検査判断料、血液採取(静脈)   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| HTLV-1抗体検査 | 血液検査の妊娠初期、妊娠中期のいずれかで実施するものとする。  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 子宮頸がん検査    | 子宮頸がん細胞診(細胞診婦人科材料、病理判断料、子宮頸管粘液採取)   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| GBS検査      | B群溶血性レンサ球菌(細菌培養同定検査、微生物学的検査判断料、子宮頸管粘液採取)  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| クラミジア検査    | クラミジアトラコマチス核酸同定   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 新生児聴覚検査    | 自動ABR法もしくはOAE   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 産婦健診       | 問診・診察、血圧測定、体重測定、尿検査、乳房・授乳の状況、EPDSまたは2項目質問票を用いたスクリーニング検査、保健指導  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 1か月児健康診査   | 身体発育状況、栄養状態、疾病および異常の有無、新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認、ビタミンK2投与の実施状況の確認および必要な指導、育児上問題となる事項  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 2          | <p>問：妊婦健康診査の基本健診を15回以上受診しました。申請をすれば、償還払いを受けることができますか。</p> <p>答：15回目（多胎妊婦の場合は20回目）以上の基本健診については、次の2つの条件を両方満たしている場合に限り、償還払いの対象となります。</p> <p style="margin-left: 20px;">①出産予定日（妊娠40週0日）以降の受診であること</p> <p style="margin-left: 20px;">②医師等が必要と認めた受診であること</p> <p style="margin-left: 40px;">※②については、申請があれば大津市から医療機関等に確認します。</p>  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 3          | <p>問：超音波検査を受診券の枚数を超える回数受診しました。申請をすれば、償還払いを受けることができますか。</p> <p>答：超音波検査やその他の各種検査については、受診券の補助上限回数を超える受診分は償還払いの対象となりません。</p> <p>なお、受診券を使用して受診した際に、受診券の補助上限額を超えて自己負担した費用があれば、その分については償還払いの対象となります。</p>   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 4          | <p>問：産婦健康診査を受診した際に、受診券の補助上限額を超える自己負担金を支払いました。申請をすれば、償還払いを受けることができますか。</p> <p>答：産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査については、受診券の補助上限額を超える自己負担金が生じていても、償還払いの対象外です。</p> <p>なお、受診券を使用せずに受診して自己負担金が生じた場合には、受診券の補助上限額を限度に償還払いの対象となります。</p>   |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 5          | <p>問：妊婦健康診査で生じた自己負担金の償還払いについて、夫の金融機関口座に振込みを受けたいです。夫の名前で申請して良いですか。</p> <p>答：妊婦健康診査・産婦健康診査については、妊産婦本人しか申請できません。ただし、委任状があれば、妊産婦本人以外の方の金融機関口座への振込みをすることができます。</p> <p>妊産婦本人以外の方の金融機関口座への振込みを希望する場合は、申請者欄には妊産婦本人の氏名等を、振込先欄には御希望の金融機関口座のことを記入した上で、必ず委任状を添えて御申請ください。</p>  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |
| 6          | <p>問：申請可能期間を過ぎてしまいました。申請することはできませんか。</p> <p>答：長期間の入院や災害等による避難等のやむを得ない事情がある場合に限り、申請することができる場合があります。2ページに記載のお問合せ先へ御相談ください。</p>  |      |                                   |       |       |          |  |          |  |          |                             |            |                                |         |                                   |       |  |         |                 |         |               |      |  |          |  |

**重要** 記入を誤った場合は、誤った箇所に二重線を引いた上で、申請印と同じ印鑑により訂正印を押印し、正しい内容を記入してください。このように訂正されていない場合、償還払いのお振込みをすることができません。

例) 大津花子と書くはずが太郎と書いてしまった場合 → 大津~~太郎~~花子  
 令和〇年5月1日と書くはずが2日と書いてしまった場合 → 令和〇年5月~~2日~~1日

●申請日（窓口へ提出する日、郵送する日）を記入してください。

●住所欄には、住民票上の住所（住民登録をしている住所）を記入してください。  
 ※大津市外に転出した方であっても、大津市に住民登録がある期間中に受診した健康診査等については、償還払いの申請をすることができます。  
 ※決定通知書の送付先として住民票上の住所とは異なる住所を希望する場合は、御案内に記載のお問合せ先へ御連絡ください。

●氏名欄・生年月日欄・電話番号欄には、下記を参考に、申請者のことを記入してください。

- ①妊婦健康診査・産婦健康診査について申請する場合：妊産婦本人の氏名等
- ②新生児聴覚検査・1か月児健康診査について申請する場合：児の保護者の氏名等  
 ※児の母（妊産婦）以外の方（例：児の父）が申請する場合は、妊婦健康診査・産婦健康診査について合わせて申請することはできません。妊婦健康診査・産婦健康診査については、別途、妊産婦の氏名等による申請書を御作成ください。

●印鑑は、認め印でかまいません。

●母子健康手帳や領収書等を参考に、請求する健康診査等の受診年月日を、古い順に左上（1番）から記入してください。  
 なお、同じ日に複数の健康診査・検査があった場合、その日付は一度だけ記入してください。

※請求する健康診査等については、健康診査等の内容及び費用を負担したことを証明する書類の添付が必要です。詳しくは、御案内の3ページを御覧ください。

様式第3号（第9条、第11条関係）

大津市妊産婦健康診査等費用申請書兼請求書（自己負担金償還払用）

令和〇年12月1日

(宛先)  
大津市長

申請者住所 大津市〇〇町〇番〇号  
 (請求者)氏名 大津 花子  
 生年月日 平成〇年〇月〇日  
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

大津市妊産婦健康診査等事業実施要綱第9条第1項又は第11条第2項の規定により、妊産婦健康診査等費用について次のとおり請求します。なお、妊産婦健康診査等費用の交付に当たり、住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、及び受診した医療機関等に対し当該受診内容等の確認をすることに同意します。

| 請求する健康診査等又は国外健康診査等の受診年月日（受診年月日が古い順に記入して下さい。） | 受診年月日     | 大津市<br>使用欄 | 受診年月日 | 大津市<br>使用欄 |
|--|-----------|------------|-------|------------|
|  | 1         | 令和〇年4月1日   |       | 12         |
| 2  | 令和〇年4月15日 |            | 13    |            |
| 3  | 令和〇年5月1日  |            | 14    |            |
| 4  | 令和〇年5月15日 |            | 15    |            |
| 5  | 令和〇年6月1日  |            | 16    |            |
| 6  | 令和〇年6月15日 |            | 17    |            |
| 7  | 令和〇年7月1日  |            | 18    |            |
| 8  | 令和〇年7月15日 |            | 19    |            |
| 9  | 令和〇年8月1日  |            | 20    |            |
| 10   | 令和〇年8月15日 |            | 21    |            |
| 11   | 令和〇年9月1日  |            | 22    |            |

|       |               |         |                          |
|-------|---------------|---------|--------------------------|
| 金融機関名 |               | 支店名     |                          |
| 〇〇    | 銀行・信用金庫<br>農協 | 〇〇      | 本店・支店<br>出張所・代理店         |
| 振込先   | 預金種別          | 口座番号    | 口座名義人                    |
|       | 普通・当座         | 1234567 | フリガナ オオツ ハナコ<br>氏名 大津 花子 |

注1 大津市妊産婦健康診査等事業実施要綱第9条第3項（第11条第5項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、必要な書類を添付して下さい。  
 2 大津市に住民登録されている期間中に受診した健康診査等に限り、請求することができます。

※大津市処理欄 決定金額 円

●振込先として指定する、申請者本人が口座名義人である金融機関口座を記入してください。  
申請者本人以外の方が口座名義人である口座への振込みを希望する場合は、別途、委任状の提出が必要です。