

# 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）

次のとおり、健康診査等を実施したので、太枠内に記載し 医療機関等  
報告します。

※この報告書には、**下記の公費負担対象となる健康診査等の項目についてかかった費用のみ**を記入してください。  
また、**受診券による補助上限額に関わらず、実際にかかった費用**を記入してください。

住所  
名称  
代表者  
電話番号  
医療機関等証明日 年 月 日

※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印ください。

(フリガナ)	
受診者氏名	
母子健康手帳 交付番号	

受診日	健康診査等費用									合計	備考
	基本健診	産婦健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児聴覚検査		
1	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
2	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
3	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
4	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
5	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
6	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
7	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
8	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
9	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
10	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
11	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
12	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
13	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
14	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
15	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
16	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
17	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
18	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
19	年 月 日	円		円	円	円	円	円	円	円	
20	年 月 日								円	円	
21	年 月 日		円							円	
22	年 月 日		円							円	(領・明)

●公費負担対象となる健康診査等（但し、保険適用実施分は公費負担対象外）

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

## 【医療機関等の方へ】

1 大津市では、令和6年4月1日以降に受診した妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査（以下「健康診査等」という。）について自己負担した費用のうち、次の①～③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）を行っています。

①妊婦健康診査（基本健診・各種検査）のうち、大津市が対象と定める検査等の項目について、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、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

③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・新生児聴覚検査を受診した際に自己負担した費用\*

\*産婦健康診査・新生児聴覚検査については、受診券を使用せずに受診した場合に、受診券の上限額までを限度とした償還払いのみを行っています（産婦健康診査：各回上限5,000円、新生児聴覚検査：上限3,000円）。

2 この申請に当たっては、領収書・診療明細書の添付か、表面の「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）」（以下「報告書」という。）の添付を求めています。妊産婦等から報告書作成の依頼があった場合には、下記の記入方法を参考に作成をお願いいたします。

3 なお、報告書に文書料がかかる場合であっても、その費用は払い戻しの対象外です。文書料の方が高くなる場合がありますので、その旨を妊産婦等へ説明の上、作成くださいますようお願いいたします。

### ＜記入方法＞

- 医療機関名等を記入の上、**代表者印を押印**し、受診者氏名及び母子健康手帳交付番号を記入してください。
- 健康診査等費用欄については、**実施した健康診査等のうち、表面の「●公費負担対象となる健康診査等」の一覧表に掲載されている検査等の項目についてかかった費用のみを記入**してください。
- 受診券による補助上限額に関わらず、実際の健康診査等の費用を記入**してください。
- 同日に行ったすべての健康診査等について、それぞれの内容にかかった費用を記入した上で、合計欄に合計金額を記入してください。
- 血液検査（妊娠初期・妊娠中期・妊娠後期）及び産婦健診（産後2週間・産後1か月）については、いずれの区分であるかがわかるように備考欄に記入**してください。
- なお、払い戻しの対象は令和6年4月1日以降に受診した健康診査等（産婦健康診査については、令和6年4月1日以降に出産したものに限り。）であるため、**令和6年3月31日以前に実施した健康診査等については記入不要**です。

### ＜記入例＞

例) ①R6.4.1の基本健診

- 総額 6,500円
- (内訳) 対象項目の額 5,500円
- 対象外項目の額 1,000円
- 大津市の受診券補助額 5,000円
- 対象項目にかかった額5,500円を記入

例) ④R6.5.15の①基本健診、②血液検査・妊娠中期 (HTLV-1抗体検査実施)

- ①基本健診
- 総額 6,500円
  - (内訳) 対象項目の額 5,500円
  - 対象外項目の額 1,000円
  - 大津市の受診券補助額 5,000円
  - 対象項目にかかった額5,500円を記入
- ②血液検査・妊娠中期 (HTLV-1抗体検査実施)
- 総額 9,000円
  - (内訳) 対象項目の額 8,500円
  - 血液検査 5,500円
  - HTLV-1抗体検査 3,000円
  - 対象外項目の額 500円
  - 血液検査 500円
  - HTLV-1抗体検査 0円
  - 大津市の受診券補助上限額 5,420円
  - 血液検査欄に対象項目にかかった額5,500円を記入し、備考欄に「血液中期」と記入
  - HTLV-1欄に対象項目にかかった額3,000円を記入

様式第15号 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）												
次のとおり、健康診査等を実施したので、太枠内に記載し 医療機関等 報告します。											住所	
※この報告書には、下記の検査等の項目についてかかった費用のみを記入してください。											名称	
また、受診券による補助上限額に関わらず、実際にかかった費用を記入してください。											電話番号	
											医療機関等証明日 年 月 日	
											※代表者欄には、代表者印(院長公印等)を押印ください。	
（フリガナ）												
受診者氏名												
母子健康手帳交付番号												
受診日		健康診査等費用									合計	備考
		基本健診	産婦健診	超音波	血液検査	HTLV-1	子宮頸がん	GBS	クラミジア	新生児聴覚検査		
1	R6年4月1日	5,500円									5,500円	
2	R6年4月15日	5,500円		5,300円							10,800円	
3	R6年5月1日	5,500円									5,500円	
4	R6年5月15日	5,500円			5,500円	3,000円					14,000円	血液中期
5	R6年6月1日	5,500円		5,300円							10,800円	
6	R6年6月15日	5,500円							2,500円		8,000円	
7	R6年7月1日	5,500円						4,000円			9,500円	
8	R6年7月15日	5,500円			2,000円						7,500円	血液後期
9	R6年8月1日	5,500円									5,500円	
10	年 月 日	円										
11	年 月 日	円										
12	年 月 日	円										
13	年 月 日	円										
14	年 月 日	円										
15	年 月 日	円										
16	年 月 日	円										
17	年 月 日	円										
18	年 月 日	円										
19	年 月 日	円										
20	R6年8月15日									3,000円	3,000円	
21	R6年9月1日			5,000円							5,000円	産後2週間
22	R6年9月15日			5,000円							5,000円	産後1か月 (領・明)

新生児聴覚検査は②0、産婦健診は②1・②2に記入。