兵庫県外で健診・検査を受けられる神戸市民の皆様へ

里帰り助成金のご案内

（神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・１か月児健康診査）

県外医療機関で受診された

・妊婦健康診査（以下、妊婦健診）
・産婦健康診査（以下、産婦健診）
・新生児聴覚検査（以下、聴覚検査）
・１か月児健康診査（以下、１か月児健診）について、

一旦費用を立て替え払いしていただき、後日申請いただくことで公費助成の範囲内でお支払い（償還払い）します。

県外医療機関での受診方法

下記の３点を医療機関にご持参ください。

① 母子健康手帳
② 神戸市妊婦健診受診券・産婦健診受診券・聴覚検査費用助成券・１か月児健診受診券
③ 別紙「妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査実施医療機関の皆様へ（お願い）」

ご注意

・兵庫県内の医療機関を受診する場合は償還払いの制度はありません。
・助成金の支給には対象要件や審査があります。支給額は決定通知をご確認ください。
・申請には期限があります。

【問い合わせ先】神戸市お問い合わせセンター
電話番号　０５７０-０８３-３３０または０７８-３３３-３３３０
受付時間　８：００～２１：００（年中無休）
（職員への転送は平日８：４５～１７：３０）

1. 対象要件

妊婦健診

〇神戸市から妊婦健康診査受診券（以下、受診券）の交付を受けていること。
　※受診券交付後の妊婦健診費用が助成の対象です。
〇受診日当日に神戸市に住民登録があること。
〇1 回の妊娠において申請できるのは１回のみです。
　まとめて申請してください。
〇兵庫県外（国内）の産婦人科（または産科・婦人科）医療機関及び助産所。

産婦健診

〇神戸市から産婦健康診査受診券（以下、受診券）の交付を受けていること。
　※受診券交付後の産婦健診費用が助成の対象です。
〇受診日当日に神戸市に住民登録があること。
〇1 回の分娩において申請できるのは１回のみです。
　まとめて申請してください。
〇兵庫県外（国内）の産婦人科（または産科・婦人科）医療機関及び助産所。

聴覚検査

〇神戸市から新生児聴覚検査費用助成券（以下、助成券）の交付を受けていること。
　※助成券交付後の聴覚検査費用が助成の対象です。
〇受検日当日に神戸市に住民登録があること。
〇生まれたこども１名につき１回のみ申請できます。
〇兵庫県外（国内）の小児科、産婦人科（または産科・婦人科）を標榜する、
　医療機関及び助産所。

1か月児健診

〇神戸市から１か月児健康診査受診券（以下、受診券）の交付を受けていること。
　※受診券交付後の１か月児健診費用が助成の対象です。
〇受診日当日に神戸市に住民登録があること。
〇生まれたこども１名につき１回のみ申請できます。
〇兵庫県外（国内）の小児科、産婦人科（または産科・婦人科）を標榜する、
　医療機関及び助産所。

※妊婦健診・産婦健診・聴覚検査・１か月児健診を合わせて１枚の申請書で申請できます。

2. 妊婦健診受診券の使用方法

券の種類		単独使用	複数枚使用	備考
A	基本健診受診券	○	×	同一受診日にＡＢＣの組み合わせは可。
B	血液検査等受診券①～③	○	×	
C	超音波等その他検査受診券①、②	○	○	

助成対象外

健康保険が適用された検査、妊婦健診に関連のない検査、4Ｄエコー、診療情報提供料（紹介状）、両親教室、パンフレット・ベルト等の物品購入費用、サプリメントの購入費用、メモリーカードの購入費用、録画費用、ワクチンの接種費用、投薬（処方箋料）、処置、治療代（膣洗浄や乳房マッサージ等）等

3. 産婦健診受診券の使用方法

○産婦健診受診券（2 週間券）ピンク色→使用時期：産後 4 週未満
○産婦健診受診券（1 か月券）緑色→利用期限：産後 7 週と 6 日（55 日）以内
・最大 2 回まで使用可能です。
・健康保険が適用された検査は対象外です。
・各回、5, 000 円を上限に助成します。5, 000 円を超える部分は自己負担になります。
・受診券裏面のこころの健康チェックアンケートは、受診日の前日もしくは当日に記入してください、
・アンケートをしていない場合は、自己負担となります。

4. 聴覚検査助成券の使用方法

自動 ABR 検査は 5, 000 円を上限、OAE 検査は 3, 000 円を上限とし、いずれかの検査方法に対して 1 回助成します。
※検査費用が助成額の上限に満たない場合は、検査費用を助成の上限とします。
※初回検査と同一医療機関で受診した場合に限り、確認検査についても助成の対象となります。
（助成回数はあくまでも 1 回です）
※検査費用が分娩費に含まれている場合で、出産育児一時金などで自己負担額が発生しない場合は助成対象になりません。

5. 1か月児健診受診券の使用方法

受診期間：生後 28 日から６週未満の間に受診した健診が対象です。
・健康保険が適用された検査は対象外です。
・6, 000 円を上限に助成します。6, 000 円を超える部分は自己負担になります。
・問診票は、受診日の前日もしくは当日に記入してください。

6. 申請に必要な書類等

1．申請書（８ページ）

○**神戸市ホームページからも Excel 形式の申請書をダウンロードできます。**

○１枚の申請書で妊婦健診、産婦健診、聴覚検査、１か月児健診の申請ができます。

★妊婦健診の助成金を申請する場合：**申請者名＝口座名義人＝妊婦（産婦）本人**

★産婦健診の助成金**のみ**を申請する場合：**申請者名＝口座名義人＝産婦本人**

★聴覚検査の助成金**または**１か月児健診の助成金**のみ**を申請する場合：**申請者は保護者でも可。**

その場合も申請者名＝口座名義人であることを確認してください。

グレー部分は、
自動計算されます。

2．受診券・助成券（原本）

○受診する兵庫県外の医療機関で別紙「妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1 か月児健診実施医療機関の皆様へ（お願い）」と、受診券・助成券をお渡しください。

○冊子から切り離した受診券・助成券を、同日の領収書・明細書とホッチキス留めをしてください。

○本人記入欄　：必要事項を記入の上、受診券・助成券１枚１枚に**バーコードシールを貼付**してください。

○医療機関記入欄：受診券・助成券に**【医療機関記入欄】への記入が必要**です。
受診した医療機関へ【医療機関記入欄】の記入を依頼してください。

3．医療機関の領収書および明細書のコピー

○原本を提出していただいた場合も、返却できませんのでご注意ください。

4．申請者の口座確認書類のコピー

○通帳：見開きページなど、金融機関名・支店名・口座の種別・口座番号・口座名義が確認できる部分をコピーしてください。

○ネットバンク：口座情報が確認できる、開設時のインターネットの画面等。

○キャッシュカード：金融機関名・支店名・口座の種別・口座番号・口座名義が確認できる面。

5．母子健康手帳のコピー（２種類）

①子の保護者、出生届出済証明のページ

②妊娠中の経過のページ

上記２か所を添付してください。神戸市発行の母子健康手帳では、３ページ及び 14～15 ページです。

※妊婦健診助成金以外の申請をする場合は不要です。

7. 申請書類の提出先

〒650-8526
神戸市中央区伊藤町 111 神戸商工中金ビル４F
神戸市行政事務センター
里帰り助成金係　あて

※申請書の送付時に切り取ってご使用いただけます。

8. 申請期限

注　意

「分娩または妊娠終了の日から８か月以内」に申請してください

・上記期限以降にご申請されたものについてはお支払いできませんので、ご注意ください。
・妊婦健診・産婦健診・聴覚検査・１か月児健診について、まとめてご申請ください。

神戸市　妊婦健診　里帰り　　検索

9. 助成金の支給決定

（１）審査を行いますので、振込には申請から約３か月かかります。
（２）提出書類に不備や疑義がある場合、振込にさらにお時間を要する場合があります。
（３）承認後、支給決定通知を申請住所宛に送付します。

10. その他

（１）出産及び出産後の費用（分娩費用など）は助成の対象外です。
（２）書類に記入漏れ等不備がある場合、返却または追加提出いただく場合があります。
（３）内容確認や金額変更があった場合、お電話する場合があります。
（４）健診・検査内容、医療費の確認のため、医療機関に問い合わせをすることがあります。あらかじめご了承ください。
（５）双子や三つ子など多胎妊娠の方は、申請書右上のバーコードシールと母子健康手帳のコピーが各２～３部（それぞれのお子様につき１部ずつ）必要です。
※申請書は１枚で結構です。お子様の氏名を併記し、聴覚検査申請額・１か月児健診申請額はお子様の合計額を記入してください。

申請書記入見本

（神戸市ホームページ Excel 版）

※消えるペン不可

訂正する場合は、二重線を引き、二重線の上に重なるように朱肉を使う印鑑で訂正印を押印してください。

バーコードシールがない場合は
10桁の母子手帳番号を記入してください。

（様式第1号）

神戸市長　あて

神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査
1か月児健康診査　里帰り助成金支給申請書

バーコードシール
を貼付してください
1234567890

審査にあたり必要があるときは、神戸市が住民基本台帳を閲覧すること及び
確認することに同意します。
審査内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。

申請日現在の住所を記入してください。

申請日　令和 7 年 ● 月 ● 日

申請者	フリガナ	コウベ　ハナコ	生年月日	昭和 平成 4 年 1 月 23 日（ 32 歳）
	氏名	神戸　花子		
	現住所	〒 650 － 8570	電話番号	078 － 322 －6513
		神戸市　中央区　加納町６－５－１		
1か月児健診 聴覚検査	フリガナ	コウベ　タロウ	生年月日	令和 7 年 4 月 1 日
	受検児（受診児）氏名	神戸　太郎		

Excel 版の場合、グレーの部分は、自動計算されます（裏面の計算シートが自動反映されます。）

申請金額	**金** 39，600 **円** ・・・①+②+③+④			
金額内訳（※）	①妊婦健診 26，000 円	②産婦健診 4，500 円	③新生児聴覚検査 3，600 円	④１か月児健診 5，500 円

妊婦健診・産婦健診・新生児聴覚・1か月児健診の合計金額を記入してください。

振込先	金融機関名	○○○ 銀行・信用金庫 農協（ ）		×× 本店・支店 出張所							
	口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	（フリガナ）口座名義人	コウベ　ハナコ									
		神戸　花子									

・ゆうちょ銀行の場合は、振込用の口座番号を記入してください。（支店名は3桁の漢数字）
・申請者本人の口座を記入してください。

外の住所に希望される場合下記にご記入ください

（ ） 様方

里帰り予定期間：令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 頃

＊神戸市記入欄	受理日	
	令和　年　月	

領収金額欄には、領収書の「領収金額欄」に記載のある金額のうち、
妊婦健診の助成対象となる金額を記入してください。
※助成対象は P.2「2. 妊婦健診受診券の使用方法」をご参照ください。

Excel の場合、グレーの部分は、自動計算されます。

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

	受診日（※1）	基本健診	血液①	血液②	血液③	超音波①	超音波②	a:領収金額	b:受診券金額（各受診券右上の上限金額）	c:abどちらか小さい金額
例	令和 7 年 2 月 1 日	1				1		7,000 円	8,000 円	7,000 円
	令和 7 年 2 月 14 日	1						5,000 円	5,000 円	5,000 円
	令和 7 年 2 月 21 日	1				2		10,000 円	11,000 円	10,000 円
	令和 7 年 2 月 28 日				1			5,000 円	4,000 円	4,000 円
	令和 年 月 日							円	円	円
	令和 年 月 日							円	円	円
	令和 年 月 日							円	円	円
	令和 年 月 日							円	円	円

受診券（医療機関記入済み）
基本健診券 3 枚 ・ 血液①券 枚 ・ 血液②券 1 枚
血液③券 枚 ・ 超音波①券 3 枚 ・ 超音波②券 枚
d:受診券（助成上限額合計）金額 28,000 円

申請金額…①（※2）
26,000 円 ・・・①

※1 同日に受診券を複数枚使用したり、領収書が複数枚発行された場合でも、受診日ごとに金額を合算し1行にまとめてご記入ください。
※2 申請金額はc欄の合計です。dよりも高くなることはありません。

分娩または妊娠終了の日	令和 7 年 4 月 1 日

②産婦健康診査（受診したものに☑してください）

		産婦健診実施日	金額（上限額5,000円）
□	産後2週間用 上限5,000円	令和 年 月 日	円
☑	産後1か月用 上限5,000円	令和 7 年 4 月 29 日	4,500 円
合計申請金額…②			4,500 円

③新生児聴覚検査（いずれかに☑してください）

		新生児聴覚検査実施日 ※確認検査も行った場合は、その日付	金額（上限額：自動ABR 5,000円、OAE 3,000円）
☑	自動ABR 上限5,000円	令和 7 年 4 月 3 日	3,600 円
□	OAE 上限3,000円	令和 年 月 日	円
			申請金額…③（上記いずれかの金額）
			3,600 円 ・・・③

④1か月児健診

		1か月児健診実施日	金額（上限額：6,000円）
☑	上限6,000円	令和 7 年 4 月 29 日	5,500 円
			申請金額…④
			5,500 円 ・・・④

例）領収金額9,190円
【助 成 対 象】定期健診5，000円、NST2,000円 ＝7，000円
【助成対象外】 NSTベルト代600円、保険分負担金1,590円 ＝2，190円
基本健診受診券（上限5，000円）1枚、超音波等その他検査受診券①（上限3，000円）1枚を使用
→ a: 領収金額 **7，000円** ／ b: 受診券金額 **8，000円**

申請金額は自動で計算されます。（表面の申請金額・内訳にも自動反映されます。）

どちらの検査方法だったかは助成券の医療機関記入欄を確認してください。

申請前チェックリスト

申請書

- □　申請者は妊娠した本人の氏名が記入されているか
  - □　聴覚検査費用助成金・1 か月児健診費用助成金のみの申請の場合は、保護者の氏名も可
- □　マンションにお住まいの場合、住所は部屋番号まで記入があるか
- □　記入誤りがある場合、訂正印を押印しているか
- □　2回目の申請ではないか
  - □　1 回の妊娠において申請できるのは妊婦健診・産婦健診・聴覚検査・1 か月児健診それぞれ 1 回（多胎児の場合、聴覚検査・1 か月児健診の申請は児ひとりにつき1回）
- □　黒の消えないボールペンで記入されているか（手書きで申請の場合）

必要書類

- □　申請書
- □　受診券・助成券
  - □　本人記入欄に必要事項を記入しているか
  - □　バーコードシールが貼ってあるか
  - □　【医療機関記入欄】に受診した医療機関の記入があるか
- □　医療機関の領収書と明細書のコピー（請求書やお知らせは不可）
  - □　領収書全体が鮮明に写っているか確認してください
  - □　検査費用が分娩費に含まれている場合で、出産育児一時金などで自己負担額が発生しない場合は助成対象となりません。
- □　妊婦（産婦）名義の通帳またはキャッシュカードのコピー
  - □　聴覚検査費用助成金・1 か月児健診費用助成金のみの申請の場合は、保護者の名義でも可

（妊婦健診のみ）

- □　母子健康手帳 p.3「子の保護者、出生届出済証明」のページのコピー
  - □　出生届出済証明が未記入の場合もコピーを提出すること
- □　母子健康手帳 p.14～15「妊娠中の経過」のページのコピー

その他

- □　受診先・受検先は兵庫県外（国内）の医療機関であるか
  - □　兵庫県内の医療機関等を受診・受検した場合は、里帰り助成金の支給対象外です
- □　分娩または妊娠終了の日から８か月経過していないか

（様式第1号）

神戸市長　あて

神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査
１か月児健康診査　里帰り助成金支給申請書

バーコードシール
を貼付してください

審査にあたり必要があるときは、神戸市が住民基本台帳を閲覧すること及び
受診・受検医療機関に支払い内容等を確認することに同意します。
審査内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。

申請日　　令和　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （　　歳）
	氏　　名			
	現 住 所	〒　　－	電話番号	－　　－
1か月児健診 聴覚検査	フリガナ		生年月日	令和　　年　　月　　日
	受検児 （受診児） 氏名			
申請金額		**金　　円**　・・・①＋②＋③＋④		
金額内訳（※）	①妊婦健診　　円	②産婦健診　　円	③新生児聴覚検査　　円	④１か月児健診　　円

※：裏面の計算シートより転記してください。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協　（　　）		本店・支店 出張所
	口座の種別	普通　・　当座	口座番号	
	（フリガナ） 口座名義人			

転居や里帰り出産等で決定通知書の送付を上記以外の住所に希望される場合下記にご記入ください

〒　　－　　（　　）様方
里帰り予定期間：令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日頃

＊神戸市記入欄	受理日	決定日	支給決定額
	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	円

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

受診日（※１）	基本健診	血液①	血液②	血液③	超音波①	超音波②	a:領収金額	b:受診券金額（各受診券右上の上限金額）	c:abどちらか小さい金額
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円
令和　年　月　日							円	円	円

受診券（医療機関記入済み）

基本健診券 ＿＿＿枚 ・ 血液①券 ＿＿＿枚 ・ 血液②券 ＿＿＿枚

血液③券 ＿＿＿枚 ・ 超音波①券 ＿＿＿枚 ・ 超音波②券 ＿＿＿枚

d:受診券（助成上限額合計）金額　　円

申請金額…①（※２）

＿＿＿＿円　・・・①

※１　同日に受診券を複数枚使用したり、領収書が複数枚発行された場合でも、受診日ごとに金額を合算し1行にまとめてご記入ください。

※２　申請金額はc欄の合計です。dよりも高くなることはありません。

分娩または妊娠終了の日	令和　年　月　日

②産婦健康診査（受診したものに☑してください）

		産婦健診実施日	金額（上限額5,000円）
□	産後2週間用　上限５，０００円	令和　年　月　日	円
□	産後1か月用　上限５，０００円	令和　年　月　日	円
合計申請金額…②			円　・・・②

③新生児聴覚検査（いずれかに☑してください）

		新生児聴覚検査実施日 ※確認検査も行った場合は、その日付	金額（上限額：自動ABR 5,000円、OAE 3,000円）
□	自動ＡＢＲ　上限５，０００円	令和　年　月　日	円
□	ＯＡＥ　上限３，０００円	令和　年　月　日	円
		申請金額…③（上記いずれかの金額）	円　・・・③

④１か月児健診

		１か月児健診実施日	金額（上限額：6,000円）
□	上限６，０００円	令和　年　月　日	円
		申請金額…④	円　・・・④

（様式第５号）

年　　月　　日

神戸市新生児聴覚検査
受　検　証　明　書

フリガナ	
保護者氏名	

受検児氏名	
受検児生年月日	令和　　年　　月　　日

領収年月日	令和　　年　　月　　日
領収額	円
医療機関コード （ゴム印を押印してください）	
医療機関 〒　　－ 所在地 名称	

領収書がある場合本証明書は提出不要です。
検査を行った医療機関が、記録等を確認のうえご記入ください。
本証明書の発行にかかる費用は助成対象外です。