

★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

1 か月児健康診査 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・1 か月児健康診査受診券（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）をお渡しし、妊婦健診、産婦健診、1 か月児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、1 か月児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・1 か月児健診内容・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	使用期限：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

神戸市が交付する1か月児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
1か月児健診受診券（青色）（6,000円）	こども1人につき1枚	使用期間：生後28日から6週未満

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がない。
- 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（神戸市妊婦健康診査請求依頼書）
兼請求依頼書

上限3

見本

No. 1

【本人記入欄】

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（神戸市医師会に所属する医療機関）にあっては、神戸市医師会）に委任します。
・不正があった場合、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。

神戸市新生児聴覚検査費用助成券

自動ABR検査5,000円(上限)またはOAE検査3,000円(上限)
(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（神戸市医師会に所属する医療機関）にあっては、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。
・不正があった場合、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

初回検査： × 年 × 月 × 日（生後 × 日）

右（☒パス ☐リファアー） 左（☐パス ☐リファアー）

確認検査： 年 月 日（生後 日）

右（☐パス ☐リファアー） 左（☐パス ☐リファアー）

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。おつりは出ません。

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。

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。