



兵庫県外で妊婦健康診査等を受ける方へ 神戸市里帰り助成金のご案内



神戸市では、里帰り出産などで、兵庫県外(国内)の医療機関で妊婦健診や産婦健診等を受けた方の健診費用を償還払いで助成しています。

【助成対象】

以下の健診・検査(以下、健診)が助成の対象です。

健 診 名	対 象 の 医 療 機 関
妊婦健康診査(以下、妊婦健診)	兵庫県外の産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所
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)	兵庫県外の小児科、耳鼻咽喉科、産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所
1 か月児健康診査(以下、1 か月児健診)	兵庫県外の小児科、産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所

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。

【助成対象者】

以下①～③すべてを満たす方が対象です。

- ①健診受診日時点で、神戸市に住民登録がある方
- ②神戸市から受診券・助成券を受け取った方
- ③兵庫県外の医療機関で健診を受けた方

【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)

【県外医療機関で健診を受ける流れ】

- 1 健診時に、下記①～③を医療機関にお渡しください。
 - ①母子健康手帳
 - ②受診券・助成券
 - ③別紙「妊婦健康診査等実施医療機関の皆様へのお願い」
- 2 健診費用を、医療機関に全額お支払いください。
領収書、受診券等は必ず保管しておいてください。
- 3 県外での健診がすべて終了した後、神戸市に里帰り助成金を申請してください。

【申請に必要な書類】

申 請 書 (P9)	・神戸市ホームページから申請書を Excel でダウンロードできます。 Excel の申請書は金額を一部自動計算でき便利です。 ・1枚の申請書で複数の助成金(妊婦健診と1か月児健診など)を申請できます。 ・申請書の右上に<u>バーコードシールを貼付</u>してください。 【注意】 申請者名と口座名義人の欄には、妊婦・産婦本人のお名前を記入してください。 聴覚検査と1か月児健診のみを申請する場合、妊婦・産婦以外の保護者の名前でも申請できます。その場合、口座名義は申請者の名義としてください。
受診券・助成券(原本)	・受診券・助成券1枚1枚に<u>バーコードシールを貼付</u>してください。 ・本人記入欄に必要事項を記入してください。 ・<u>【医療機関記入欄】に必要事項が記入されているかご確認ください。</u> ・【医療機関記入欄】については、医療機関に記入を依頼してください。
医療機関の領収書等のコピー	原本を提出した場合でも、返却できません。 明細書があれば、あわせて提出してください。
口座確認書類のコピー	金融機関名・支店名・口座の種別(普通/当座)・口座番号・口座名義が確認できるものをコピーしてください。 【例】・通帳の見開きページ ・ネットバンク開設時のインターネットの画面
母子健康手帳のコピー	右記①②のページをコピーしてください。

	①子の保護者、出生届出済証明のページ(神戸市の母子健康手帳3ページ) ②妊娠中の経過のページ(神戸市の母子健康手帳 14～15 ページ) ※妊婦健診助成金を申請しない場合は提出不要です。
--	--

・同じ日の「受診券・助成券」「領収書」をホッチキス留めしてください。

双子、三つ子などの多胎児を妊娠・出産した方へ

- ・1枚の申請書で、該当するお子様全員分の申請をまとめてできます。
- ・申請書の右上に、該当するお子様の人数分のバーコードシールを貼ってください。
- ・申請書の「受検児(受診児)氏名」欄に、お子様の氏名をそれぞれ記入してください。
- ・聴覚検査申請額・1 か月児健診の申請金額欄には、該当するお子様全員の検査費用の合計額を記入してください。
- ・母子健康手帳のコピーは、それぞれのお子様につき1部ずつ添付してください。

【申請方法】

以下の宛先に申請に必要な書類を郵送してください。

〒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

※申請書送付時に切り取って封筒に貼り付けてください。

【申請期限】

出産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。期限を過ぎた場合、助成金をお支払いできません。



【申請から支給決定まで】

- ・ 申請から助成金の振り込みまで約3か月かかります。
- ・ 書類に不備がある場合、お電話での確認や追加書類の提出をお願いします。そのため、支給決定までさらに時間がかかることがあります。
- ・ 健診内容や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。
- ・ 支給決定通知は申請書に記載された住所あてに送付します。

【受診券の注意事項】

妊婦健診

券 の 種 類		助 成 上 限 額	1回の健診での複数枚使用 使用	備 考
A	基本健診受診券	5,000 円/回	×	・1回の健診でA・B・Cを組み合わせ利用できます。 ・基本健診受診券は、1回の健診で1枚のみ利用できます。 ・血液検査等受診券①②③は、1回の健診で1枚のみ利用できます。①②③を組み合わせると同時に利用できません ・基本健診受診券(A)を使い切った後の健診で、血液検査等受診券(B)または(C)を利用できます。
B	血液検査等受診券①～③	①15,000 円/回 ② 4,000 円/回 ③ 3,000 円/回	×	
C	超音波等その他検査受診券 ①・②	① 3,000 円/回 ② 2,000 円/回	○	

以下の費用は助成対象外です。

- ・健康保険が適用された検査
- ・妊婦健診に関連のない検査、投薬、治療代(膣洗浄や乳房マッサージなど)
- ・両親教室の参加費用
- ・ベルト・サプリメントなどの物品購入費用
- ・4D エコー、録画費用、メモリーカードなどの購入費用
- ・診療情報提供料(紹介状)、ワクチン接種費用など

2026年10月以降、妊婦健診を受診する方へ

2026 年10月1日以降、妊婦健診受診券の配布枚数が増加します。

基本受診券 14枚 ⇒ 16枚 超音波その他検査等受診券① 4枚 ⇒ 6枚

15回目・16回目の基本受診券、5回目・6回目の超音波検査等その他検査受診券①をお持ちでない方は、6 月以降、**神戸市ホームページ里帰り給付金のページ**で申請方法をご確認ください。



産婦健診

券 の 種 類	助 成 上 限 額	使 用 期 間
産婦健診受診券(2 週間券)	5,000 円	産後 4 週未満
産婦健診受診券(1 か月券)	5,000 円	産後 7 週と 6 日(産後 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助成対象外です。
- ・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。アンケートの記入がない場合には、助成対象外となります。

聴覚検査

券 の 種 類	助 成 上 限 額	使 用 期 間
自動 ABR 検査	5,000 円	生後8週以内
OAE 検査	3,000 円	

- ・自動 ABR 検査または OAE 検査のどちらか1回に対して助成します。
- ・確認検査は、初回検査と同じ医療機関で受診した場合のみ、助成の対象です。初回検査と確認検査をあわせて 1 回の検査とみなすため、助成額の上限は変わりません。
- ・分娩費用に検査費用が含まれ、出産育児一時金などで自己負担額がない場合には、助成の対象にはなりません。

1か月児健診

券 の 種 類	助 成 上 限 額	使 用 期 間
1か月児健診	6,000 円	生後 28 日から41日まで(6週未満)

- ・健康保険が適用された検査は助成対象外です。
- ・問診は、受診日の前日もしくは当日に記入してください。

申請書記入見本

手書きの方は、黒の消えないボールペンで記入してください。
訂正する場合には、二重線を引き訂正してください。
口座情報を訂正する場合は、二重線の上に訂正印を押印してください。

申請日現在の住所を
ご記入ください。

バーコードシールがない場合には、10桁の母子手帳番号を
記入してください。
双子の場合は2枚、三つ子の場合は3枚貼ってください。

(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

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 8 年 5 月 1 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 (34 歳)	
	氏 名	神戸 花子			
1 か 月 児 健 診	フリガナ	コウベ タロウ	生年月日	令和 8 年 4 月 1 日	
	受検児 (受診児) 氏 名	神戸 太郎			
現住所		〒 650 - 8570 電話番号 078 - 322 - 6513 神戸市 中央区 加納町 6-5-1			
申請金額		金 38,600 円・・・①+②+③+④			
金額内訳(※)		①妊婦健診 25,000 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

※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	〇〇 (銀行・信用金庫) 農協 ()	×× 本店・支店 出張所							
	口座の種類	(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								

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 令和 年 月 日	決定日 令和 年 月 日	支給決定額 円
----------	-----------------	-----------------	------------

バーコードシール
を貼付してください
1234567890

聴覚検査／1か月児健診
を申請しない方は、記入
不要です。

妊婦健診／産婦健診／
聴覚検査／1か月児健診
の合計金額を記入してく
ださい。

Excel 版では、グレーの部分
が自動計算されます。

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

※助成対象は 4 ページ【受診券の注意事項】を参照してください。

※助成対象が分からない場合には、a:領収金額欄に領収金額の合計額を記入してください。

母子手帳交付日（届出日）	令和 7 年 7 月 1 日	分娩または妊娠終了の日	令和 8 年 4 月 1 日
--------------	----------------	-------------	----------------

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

受診日（※1）	基本 上層 5,000円	血液 ① 上層 15,000円	血液 ② 上層 4,000円	血液 ③ 上層 3,000円	超音波 ④ 上層 3,000円	超音波 ⑤ 上層 2,000円	a: 領収金額	b: 受診券金額	c: abどちらか 小さい金額
令和 8 年 2 月 1 日	1				1		7,000 円	8,000 円	7,000 円
令和 8 年 2 月 14 日	1						5,000 円	5,000 円	5,000 円
令和 8 年 2 月 21 日	1				2		10,000 円	11,000 円	10,000 円
令和 8 年 2 月 28 日			1				5,000 円	3,000 円	3,000 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
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）枚数	3枚		1枚	3枚			d: 受診券（助成上限額合計）金額 27,000 円	申請金額…①（※2） 25,000 円	

※1 同日に受診券を複数枚使用したり、領収書を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額の合計です。dよりも低くなることはありません。

②産婦健康診査（受診したものに☑してください）

		産婦健康診査実施日	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 8 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 （※補聴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 8 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			3,600 円

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 8 年 4 月 29 日	5,500 円
申請金額…④			5,500 円

Excel 版では、
グレーの部分が
自動計算されま
す。

どちらの検査方法だったかについては、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

- ☐ 申請者名は妊産婦本人の氏名ですか
※聴覚検査費用助成金・1 か月児健診費用助成金のみの場合には、
妊産婦以外の保護者の氏名でも申請できます
- ☐ マンションやアパートにお住まいの方は、住所を部屋番号まで記入していますか
- ☐ 妊婦健診・産婦健診・聴覚検査・1 か月児健診をまとめて申請していますか
1 回の妊娠で申請できるのは 1 回です
- ☐ 手書きの方は、黒の消えないボールペンで記入していますか
- ☐ 手書きの方は、記入誤りがある場合、二重線で訂正していますか
口座情報を訂正した方は、二重線の上に訂正印を押印していますか

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ますか
 - ☐ バーコードシールを貼っていますか
 - ☐ 【医療機関記入欄】に受診した医療機関の記載がありますか
注意！) 医療機関名のゴム印が押されているかご確認ください
 - ☐ 医療機関の領収書(請求書やお知らせなどは使用できません)
 - ☐ 領収書全体が鮮明に写っていますか
 - ☐ 聴覚検査の領収書の金額は 0 円ではありませんか
※分娩費用に検査費用がふくまれていて、出産育児一時金などで自己負担額が 0 円の場合、助成対象にはなりません
 - ☐ 妊婦(産婦)名義の通帳などのコピー
聴覚検査・1 か月児健診のみの場合には、保護者の名義でも申請できます
- 【妊婦健診の申請方法】
- ☐ 母子健康手帳 3 ページ「子の保護者、出生届出済証明」のコピー
出生届出済証明が未記入の場合にもコピーを提出してください
 - ☐ 母子健康手帳 14・15 ページ「妊娠中の経過」のコピー

その他

- ☐ 受診先・受検先は兵庫県外(国内)の医療機関ですか
兵庫県内の医療機関等を受診・受検した場合、里帰り助成金の支給対象外です
- ☐ 出産または妊娠終了の日から 8 か月経過していませんか

(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 ____ 年 ____ 月 ____ 日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)			
	氏 名							
	現住所	〒 ____ - ____	電話番号	____ - ____				
1 か 聴 月 覚 児 検 査 健 診	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

母子手帳交付日（届出日）

令和 年 月 日

分娩または妊娠終了の日

令和 年 月 日

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

受診日（※1）	基本 上限 5,000円	血液 ① 上限 15,000円	血液 ② 上限 4,000円	血液 ③ 上限 3,000円	超音波 ① 上限 3,000円	超音波 ② 上限 2,000円	a:領収金額	b:受診券金額	c:abどちらか 小さい金額
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和 年 月 日							円		
令和									

※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。

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

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			円

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

※領収書がある場合には提出不要です。

(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	
医療機関 〒 - 所在地 名称	

検査を行った医療機関が、記録等を確認のうえ記入してください。
本証明書の発行にかかる費用は助成対象外です。