

里帰り出産時の妊婦健康診査等費用の助成について

出産のため静岡県外の実家に里帰りしたことにより、浜松市で交付した下記の受診票を使用できず、自費で受診をした方に対して、費用の一部を助成します。

- ・妊婦健康診査受診票
- ・産婦健康診査受診票（※助成条件有）
- ・新生児聴覚スクリーニング検査受診票

申請は
お早めに♪



■ 対象となる方

次の要件に全て該当する方

- 浜松市内に住所を有する方（上記健康診査や検査受診時）
- 出産のため静岡県外の実家に里帰りしたことによって、浜松市で交付した上記の受診票を使用できず、自費で受診をした方（日本国内での上記健康診査や検査の受診に限ります。また、医療保険が適用された場合は助成の対象外となります。）
- ※ 産婦健康診査を静岡県外の医療機関で受診される方は、指定の方法で受診された場合のみ助成対象となります。詳しくは裏面をご確認ください。

■ 助成内容

- 申請に基づき、上記健康診査や検査に要した費用の一部について助成します。（妊婦歯科健診は対象外となります。）
- 金額については公費負担額を限度とします。
なお、公費負担額は変更する場合がありますので、詳細はお問合せください。
- 助産所における妊婦健康診査は最高11回分までの助成となります。

■ 手続き方法

《手続き先》各親子健康手帳（母子健康手帳）交付窓口

《必要書類》

- 申請書（申請書は各施設に備えてあります。）
- 本人（妊産婦）名義の銀行口座が確認できる通帳もしくはインターネットバンキングの画面の写し
※ 原則として旧姓名義口座への振り込みはできません。
- 認印（スタンプ印を除く）
- 親子健康手帳（母子健康手帳）
- 受診した医療機関等の領収書の原本
（親子健康手帳（母子健康手帳）に健康診査日または検査実施日の記載があり、上記健康診査や検査の領収書とわかるもの。お持ちの場合、診療明細書等もご持参ください。）
- 未使用の上記健康診査や検査の受診票
（提出される受診票には、受診票表面に氏名・住所等を予めご記入ください。ただし産婦健康診査については、健診結果まで記入された受診票及び記載済みのこころの健康チェック表が必要です。）



子育て情報サイトぴっぴ
※詳細はこちらをご覧ください。

裏面があります

■ 申請期間

出産をした日から1年以内（健診・検査日から申請できます。）

■ その他

助成決定後、助成金額等を文書にて通知します。

申請から、助成金の振込まで2か月程度かかります。

静岡県外の医療機関での産婦健康診査受診方法

1. 産婦健康診査を受診予定の医療機関へ事前相談する。

妊娠届出時等に取得した以下の書類を受診予定の医療機関へ渡し、通知のとおり医療機関で対応できるかどうか受診前にご確認ください。

《医療機関に渡す書類》

- ① 浜松市産婦健康診査事業の実施について（お願い）
- ② 産婦健康診査連絡票（様式第3号）



注1) 必要書類がお手元に無い場合、下記へお問合せいただくか、上記 QR コードからダウンロード可能です。

注2) ①の通知のとおりのご対応いただけない場合、申し訳ありませんが費用助成の対象外となります。医療機関の指示により受診してください。

2. 受診票等を記入・提出し、産婦健康診査を受診する。

産婦健康診査を受診される際、受診の時期に合わせた「産婦健康診査受診票」「こころの健康チェック表」を記入し、産婦健康診査を受ける際に提出してください。

3. 健診費用を支払い、結果記載済みの受診票や領収書等を受け取る。

医療保険が適用されなかった費用が助成の対象となります。健診費用をお支払の上、費用助成の申請の際に必要なため、結果等全て記載された「産婦健康診査受診票」「こころの健康チェック表」と、「領収書」や「診療明細書」等を受け取ってください。

※産婦健康診査受診票の裏面の、医療機関による健診結果の記載と、受診票2枚目のこころの健康チェックの記入が必須となります。

◇◆ 詳しくは下記へお問合せください ◆◇

【問合せ先】

中央健康づくりセンター

- ・ 中央区役所内 457-2890
- ・ 東行政センター内 424-0122
- ・ 西行政センター内 597-1174
- ・ 南行政センター内 425-1590
- 健康増進課 453-6117

浜名健康づくりセンター

- ・ 浜名区役所内 585-1120
- ・ 細江健康センター内 523-3121
- ・ 引佐健康センター内 542-0857

天竜健康づくりセンター

- ・ 天竜保健福祉センター内 922-0075

浜松市産婦健康診査事業の実施について（お願い）

日ごろより本市の母子保健行政についてご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

本市では、市民が静岡県外で産婦健康診査を受診される場合、下記の方法により実施された産婦健康診査であれば、受診者が後日に申請することにより、受診者が負担した費用の全部または一部を助成することができます。つきましては、受診者の経済的負担の軽減及び適切な支援実施のため、御協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。ご不明点等ございましたら、問い合わせ先までご連絡ください。

記

1 産婦健康診査内容

実施回数・時期	健診項目
第1回：産後2週間 (概ね出産後5日～21日)	・問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等） ・診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等） ・体重・血圧測定
第2回：産後1か月 (概ね出産後22日～56日)	・尿検査（蛋白・糖） ・こころの健康チェック表（エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS）

※実施回数については、貴院の体制に応じて実施をお願いします。

2 実施方法

(1) 健診の実施

ア 受診者から、必要事項を記載した「産婦健康診査受診票」「こころの健康チェック表」（以下「受診票」「チェック表」と記載）を受け取り、上記健診項目全て実施してください。

(2) 健診の実施後

ア 産婦健康診査費用は実費で実施いただき、受診者へ請求してください。

イ 健診結果等を「受診票」裏面に記載の上、記載された「受診票」と「チェック表」及び、対象経費が分かる領収書や診療明細書等を受診者へお渡しください。

(※ 記載済みの「受診票」「チェック表」「領収書等」は、受診者が浜松市に自己負担額の助成申請をする際に必要になります。)

(3) 支援体制

ア 産婦健康診査の結果、支援が必要と判断される場合のみ、受診者住所地の健康づくりセンター（裏面記載）へ速やかに電話連絡の上、「産婦健康診査連絡票」を郵送してください。

※ 保健師等による支援が必要でない場合、「産婦健康診査連絡票」は作成不要です

3 各健康づくりセンター 一覧（電話連絡先）

居住区	名称	郵便番号	住所	電話番号
中央区	中央健康づくりセンター	430-8652	浜松市中央区元城町 103-2	053-457-2890
浜名区	浜名健康づくりセンター	434-0038	浜松市浜名区貴布祢 3000	053-585-1120
天竜区	天竜健康づくりセンター	431-3392	浜松市天竜区二俣町二俣 530-18	053-922-0075

以上

【 担当・問合せ先 】

〒432-8550 浜松市中央区鴨江二丁目 1 1 - 2

浜松市 健康福祉部 健康増進課

母子グループ 産婦健康診査担当

TEL : 053-453-6117 FAX : 053-453-6133

(様式第3号)

産婦健康診査連絡票

健康診査委託機関から浜松市長あてに健診結果を送付し、支援を受けることに同意します。

《本人記入欄》

氏名		生年月日	年	月	日生 (歳)
登録住所地	〒		出産日	年	月 日
現在居住地	<input type="checkbox"/> 登録住所地に同じ <input type="checkbox"/> 登録住所地と異なる (里帰り等) ⇒		〒		
電話番号	()		※日中つながりやすい電話番号を記載してください。		
※相談したいことがあれば記入してください。					

《委託機関記入欄》

産婦健康診査結果	健診実施日： 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回)
	・ 出産の回数 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (回目) ・ 母体の状態 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 () ・ 授乳状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 () ・ こころの健康チェック表 第1回 _____点 (うち設問⑩： _____点) 第2回 _____点 (うち設問⑩： _____点)
精神科既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
妊娠・出産時の状況	・ 既往歴等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・ 妊婦健診の受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由：) ・ 妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 () ・ 分娩経過における特記事項 () ・ 児の状況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他 () ・ 妊娠週数 _____週 (児の出生時体重： _____g) ・ 特記事項 ()
連絡事項 (気になる事項・支援が必要と思われる事項等)	

浜松市長 様

上記の産婦様について、御本人の同意に基づき産婦健康診査実施要領第6(3)により報告しますので、今後の支援をお願いします。

年 月 日

所在地名称

委託機関名

記入者名

(医師・助産師・看護師・他)

(裏面)

※受診票に記載の「こころの健康チェック表」を転記いただくか、コピーを貼付してください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった () いつもと同様にできた () あまりできなかった () 明らかにできなかった () 全くできなかった	6) することがたくさんあって大変だった () はい、たいてい対処できなかった () はい、いつものようにはうまく対処できなかった () いいえ、たいていうまく対処した () いいえ、普段通りに対処した
2) 物事を楽しみにして待った () いつもと同様にできた () あまりできなかった () 明らかにできなかった () ほとんどできなかった	7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった () はい、ほとんどいつもそうだった () はい、時々そうであった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった
3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた () はい、たいていそうだった () はい、時々そうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった	8) 悲しくなったり、惨めになったりした () はい、たいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くそうではなかった
4) はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配したりした () いいえ、そうではなかった () ほとんどそうではなかった () はい、時々あった () はい、しょっちゅうあった	9) 不幸せな気分だったので、泣いていた () はい、たいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () ほんの時々あった () いいえ、全くそうではなかった
5) はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた () はい、しょっちゅうあった () はい、時々あった () いいえ、めったになかった () いいえ、全くなかった	10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた () はい、かなりしばしばそうだった () 時々そうだった () めったになかった () 全くなかった

<コピー貼付欄>