

令和3年度 桑名市産婦健康診査費用助成申請について（ご案内）

～ 三重県外（海南病院を除く）の医療機関で健診を受けられる方へ～

三重県外等の桑名市産婦健康診査受託医療機関以外の医療機関等で、全額自費で産婦健康診査（以下『産婦健診』という）を受けられた場合、費用の助成を受けられます。但し、助成額には上限があります。

※海南病院（愛知県）でも県内の医療機関と同様に受診時に費用助成が受けられます。（後日の費用助成申請が不要）

助成対象者： 健診当日、桑名市に住民登録がある方 【出産後2か月以内の方】

助成回数： 1人につき、2回まで

助成上限額： 1回につき、5,000円まで

※ 三重県内の受託医療機関等で受診された場合に受けられる助成金額と同等です。

助成申請期限： 各回の受診日より60日以内

（期限日が土曜日・日曜日・祝日の場合は前の開庁日まで）

ご注意ください！！
申請期限は、受診日から60日以内です！

産後早期に適切な支援をさせていただくため、
ご協力をお願いします。

助成を受けるには・・・

1. 県外等で産婦健診を受ける

持ち物： 健康保険証、母子健康手帳、
医療機関等宛文書「産婦健康診査の実施について（お願い）」
桑名市産婦健康診査受診票（以下『受診票』という）

※お手元がない場合は、『桑名市産婦健康診査受診票交付申請書』（桑名市ホームページよりダウンロード可）を記入の上送っていただくか、窓口にてご申請ください。

費用： 全額自己負担

★ 医療機関に記載してもらう受診票と領収書について
（病院での受診時に、必ずご確認ください。）

◎ 受診の際、受診票を医療機関等に出してください。

※受診票にある健診項目のみ助成対象。その他は全額自己負担。

お子さまの健診料は助成対象となりません。

◎ 受診票にある、健診結果（すべて）・実施年月日・医師または助産師名が医療機関にて
記入されているか確認してください。

※注：健診結果が未記入の場合、助成できない場合があります。

すべての健診結果が記入されているか必ずご確認ください。

◎ 受診票に記入された実施年月日と、請求日が同じ領収書を受け取ってください。
（明細書は、助成の申請には必要ありません。）

→裏面へ続く

2. 申請をする

申請場所： 桑名市役所 母子健康包括支援センター（子ども総合センター内）窓口、郵送、LINEで申請が可能です

持ち物：

- ① 産婦健康診査費用助成申請書兼請求書 ← ① は、桑名市ホームページにてダウンロード可。また、窓口でもお渡しできます。注：必ず、ボールペン（消せるタイプのもの以外）でご記入ください。
 - ② 桑名市産婦健康診査受診票（原本）
 - ③ 健診実施年月日が記載された領収書（原本）
 - ④ 振込先のわかるもの（助成金は口座振込します。）
 - ⑤ 本人確認ができるもの（健診受診から申請（提出）までの間に氏名・住所（市内転居）が変更となった場合）
- ※申請書兼請求書には、変更前と変更後の両方の氏名・住所をご記入ください。

- ◎ 申請書兼請求書は訂正不可です。
- ◎ 受診日の年度ごとに用紙を分けて提出してください。

3. 助成額の決定と振込

提出された書類を審査し、受診票各回の上限度額と領収額と比べて安価な方を助成します。提出月から2か月後の15日頃（15日が土曜日・日曜日・祝日の場合は翌営業日）に振込みます。振込の通知はいたしませんので、通帳記帳にてご確認ください。

※ 領収書に記載された、医療保険適用外（“保険外負担”等）、全額自己負担の産婦健診の費用のみが助成対象となります。

【領収書について】

領収書は基本的に返却しません。返却希望される場合は、必ず申請時にお伝えください。通帳記帳にて入金ご確認後、窓口にてご返却できます。また、提出後1年経過した領収書はこちらで処分しますので、ご了承ください。

【申請書兼請求書 記入例】

桑名市産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

(宛先) 桑名市長
産婦健康診査費用を助成されるよう、桑名市産婦健康診査事業実施要綱第9条第2項の規定に基づき下記のとおり申請します。この申請に際し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。
※本特内をご記入ください。

申請者(受診者) 氏名	フリガナ	姓	年	月	日	提出
現住所【申請時】	令和 年 月 日 昭和・平成 年 月 日					
旧住所【受診時】	※受診時の住所が、現住所と異なる場合は記入 桑名市					
電話番号(連絡がとれる番号)	自宅・携帯・その他()					
受診医療機関等の名称						
区分	(令和 年度分)					
	① 1回目 (産後2週間前後) 令和 年 月 日 受診					
	② 2回目 (産後2週間以降) 令和 年 月 日 受診					
助成申請額	円					

振込先

振込先	銀行	支店	預金種別	口座番号
	桑名信用金庫	桑名	1.普通	
			2.当座	
フリガナ				
口座名義人				

私は、桑名市産婦健康診査事業の助成金の受領に関わる一切の権限を下記の者に委任します。
委任者(口座名義人) 氏名 申請者との続柄

※申請者と口座名義が異なる場合は(旧姓の場合等)、同一人物でも上記にご記入ください。

【市 宛申請】	□ 領収書返却希望	
区分	年度分	助成決定額(合計)
上 限 額	1回目 5,000円	5,000円
領収書金額	円	円
助 成 額	円	円

受診者本人以外の名義（配偶者名義、旧姓など）の口座記入時は、必ずこちらにもご記入ください。

【問い合わせ先】

桑名市役所 母子健康包括支援センター
(子ども総合センター内)
〒511-8601
三重県桑名市中央町2丁目37番地
TEL: 0594-24-1380
FAX: 0594-24-5497