

～委託医療機関等以外で産婦健康診査を受診される方へ～

里帰り出産など委託医療機関等以外で次の産婦健康診査を受診した場合に限り、市へ申請を行うことで健診費用を助成いたします。(1回あたり5,000円を上限)

※申請期限は、受診日から1年以内です(例 7/15 受診の場合、翌年7/15 まで)。

代理申請・郵送での受付も可能です。

【助成の対象となる産婦健康診査】

次に掲げる(1)～(5)の項目をすべて実施していること

- (1) 問診(生活環境、授乳状況、育児不安等)
- (2) 診察(悪露、乳房の状態、子宮復古状況等)
- (3) 体重・血圧測定
- (4) 尿検査(蛋白・糖)
- (5) エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

【申請に関わる注意事項】

以下の①または②の条件を満たしていない場合は、助成の対象になりませんのでご注意ください。

- ①産婦健康診査受診票の「医療機関等記入欄」にすべて記載があること。
- ②母子健康手帳に産婦健康診査の結果がすべて記載してあること。
(備考欄にエジンバラの点数を記載してもらってください)

妊娠期間	妊娠週	日
産出日時	年 月 日	時 分
分娩経過	胎位・産位・その他()	
分娩方法	自然分娩 / 吸引分娩 / 産科手術	
分娩所要時間	出血量(少量・中量・多量)	(ml)
輸血(血液製剤含む)の有無	無	有 ()
性別・数	男・女	不明 単・多 (胎)
身長	cm	
体重	kg	
腕囲	cm	
新生児体重	kg	
新生児性別	男・女	
新生児死亡(死亡・蘇生)・死産		
産後の経過	出生証明書・死産届書(死産検査書) 出生証明書及び死亡診断書	

産後日数	悪露	乳房	子宮	血圧	尿検査	産後うつ病
1	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○
10	○	○	○	○	○	○

産婦健康診査の受診と助成の流れ

【1】産婦健康診査を受診する

- 母子健康手帳、産婦健康診査受診票を受診する医療機関等へ持って行く
- 受診後、健診費用を全額支払う
- 医療機関等から、領収書または診療明細書と産婦健康診査受診票を受け取る



【2】市へ申請を行う(受診日から1年以内) ※代理申請や郵送での受付も可能

- 申請時に必要なもの
 - ①甲府市産婦健康診査費助成金支給申請書(市のHPからダウンロード可)
 - ②「医療機関等記入欄」がすべて記載された受診票
または、健診結果がすべて記載された母子健康手帳の写し
 - ③医療機関等が発行した領収書または診療明細書の写し

• 申請先(郵送先)

甲府市子ども未来部母子保健課

住所：〒400-0858 甲府市相生2-17-1 甲府市健康支援センター内

TEL：055-237-8950(平日8:30~17:15)

URL：<http://www.city.kofu.yamanashi.jp/kenkoese/sanpuks.html>



申請結果は、助成金支給(不支給)決定通知書によりご本人に通知します。

助成額：1回あたり上限5,000円(5,000円に満たない場合は支払い相当額)

口座への振込みは、申請書を受理してから概ね1~2か月後となります。

記入例

朱肉を使用する印鑑で
押印してください。

産婦の氏名を記入
してください。

申請者 住所
氏名
電話

印

甲府市産婦健康診査費助成金支給申請書

甲府市産婦健康診査事業実施要綱第19条第1項の規定により、次のとおり助成金の支給を申請します。

なお、助成金について

※申請額の上限は5,000円です。
例) 医療機関に6,000円を支払った場合、
「自己負担額」6,000円「申請額」5,000円
と記入してください。

母子健康手帳番号				
分娩				
受診医療機関名				
産婦健康診査の受診日等	受診回数	健診受診日	自己負担額	申請額
	回目	年 月 日	円	円
	回目	年 月 日	円	円
			円 (受診 回分)	

産婦名義の口座を記入
してください。

申請額の合計を
記入してください。

指定 口座	金融機関名		名	支店番号	
	銀行 金庫 組合 農協		支店		
	預金種目	口座番号	口座名義 (カタカナで記入してください)		
	1 普通				
	2 当座				

- (添付書類) 1 「医療機関等記入欄」がすべて記載された受診票、または健診結果がすべて記載された母子健康手帳の写し
2 医療機関等が発行した領収書または診療明細書の写し