



妊婦健康診査の償還払い制度のご案内



本庄市と契約をしていない医療機関等で妊婦健康診査助成券の内容で受診した場合に、助成券の金額を上限とし償還払いします。

◎対象者（いずれにも該当する方が対象です）

- ・妊婦健康診査受診日に、本庄市に住民登録をしている方。
- ・本庄市と契約をしていない日本国内の医療機関等を受診している方。

◎助成対象の経費

妊婦健康診査に係る費用（保険適用外）の自己負担額です。

※妊婦健康診査の全てまたは一部に保険適用されている場合は助成の対象となりません。

◎助成額

助成金の額は、自己負担額と基準額とを比較して、いずれか少ないほうの額になります。

助成券	基準額
妊婦健康診査助成券①	14,070円
妊婦健康診査助成券②～⑭	5,010円
	5,710円
	8,010円
	8,110円
子宮頸がん検査助成券	3,500円
HIV抗体検査助成券	2,290円
HTLV-1検査助成券	2,300円
性器クラミジア検査助成券	2,000円

R3.4.1～適用

◎申請期限

妊婦健康診査を受診した日から1年以内に提出してください。

◎申請の書類等

- ・本庄市妊婦健康診査助成金交付申請書（様式第1号）
- ・本庄市妊婦健康診査助成金交付請求書（様式第4号）
- ・妊婦健診費用の領収書及び明細書（健診を実施した日付・料金のわかるもの）
- ・母子健康手帳（検査内容の確認をさせていただきます）
- ・未使用の妊婦健康診査助成券
- ・振込先の通帳（受診した本人名義のもの）
- ・印鑑（朱肉を使用するもの）



お問い合わせ

健康推進課（本庄市保健センター）

電話 0495（24）2003

FAX 0495（24）2005