

償還払い制度のご案内

(妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・産婦健康診査)

本庄市と契約をしていない医療機関等で妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査・産婦健康診査の内容で受診した場合、助成券の金額を上限とし費用の一部を払い戻し（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）

- ・健康診査もしくは検査日に、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・新生児聴覚スクリーニング検査・産婦健康診査に係る費用（保険適用外）の自己負担
※健康診査もしくは検査の全てまたは一部に保険適用がされている場合は助成の対象とはなりません。

◎申請期限

健康診査もしくは検査日から１年以内に提出してください。



◎申請の書類等

- ・健康診査もしくは検査費用の領収書及び明細書（実施した日付・料金のわかるもの）
- ・各種検査結果
- ・母子健康手帳
- ・未使用の各助成券
- ・振込口座を確認できる書類もしくは写し（コピー） 例：通帳、キャッシュカード等

上記に加えて、下記の書類が必要となります。下記の書類については、窓口にてご記入いただくか本庄市ホームページからもダウンロードできます。

<妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査>

- ・本庄市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書（様式第Ⅰ号）

<産婦健康診査>

- ・本庄市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書（様式第Ⅰ号）
- ・こころの健康チェック「エジンバラ式産後うつチェックリスト」

※助成額については、裏面をご覧ください。

◎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。

<妊婦健康診査>

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
	8,810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	3,040円
性器クラミジア検査助成券	2,000円

<新生児聴覚スクリーニング検査>

検査	上限額
自動ABR（自動聴性脳幹反応検査）	5,000円
OAE（耳音響放射検査）	3,000円

上記の検査（初回検査）のうち、いずれか1回が対象です。

<産婦健康診査>

産婦健診については、基本的な健診及びこころの健康チェック「エジンバラ式産後うつチェックリスト」の2つを実施していないと助成の対象となりません。

内容	上限額	回数
基本的な健診、こころの健康チェック	5,000円	2回

※赤ちゃんの健診費用は助成対象外です。

※申請内容の確認のため、お時間がかかる場合があります。申請の際には、お時間に余裕をもってお越しください。



お問い合わせ

本庄市こども家庭センター 母子保健係

平日8時30分～17時15分

電話 0495(71)4502

FAX 0495(25)1145