

神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査 費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、妊娠期から産後の時期の母子に対して、妊婦健康診査、産婦健康診査及び新生児聴覚検査（以下「健診及び検査」という。）の積極的な受診及び受検を促すことにより、安心して出産及び子育てができる環境を整えるため、神戸市が健診及び検査にかかる費用の一部を助成することに関し、必要な事項を定める。

(事業の目的)

- 第2条 妊婦健康診査助成事業は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条に規定する妊婦健診の積極的な受診を促し、妊娠中の異常の早期発見・早期治療を促進するとともに、誰もが安心して出産できる環境を整えることを目的として、市が対象者に対して妊婦健康診査受診券を交付し、妊婦健診にかかる費用の一部を助成するものとする。
- 2 産婦健康診査助成事業は、母子保健法第13条の規定に基づき、産後うつの予防や新生児・乳児への虐待予防等をはかることにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化することを目的として、市が対象者に対して産婦健康診査受診券を交付し、産婦健診にかかる費用の一部を助成するものとする。
- 3 新生児聴覚検査費用助成事業は、新生児の聴覚検査の積極的な受検を促し、新生児の聴覚に関する異常の早期発見及び早期の対応を図ることを目的として、市が対象者に対して新生児聴覚検査助成券を交付し、検査にかかる費用の一部を助成するものとする。

(事業の対象者)

第3条 前項に定める事業の対象者は、次の各号のとおりとする。

(1) 妊婦健康診査助成事業

神戸市内に住所を有する妊娠中の女子

(2) 産婦健康診査助成事業

神戸市内に住所を有する産後8週未満の産婦

(3) 新生児聴覚検査費用助成事業

原則として生後8週未満の児の母または保護者であつて、神戸市内に住所を有する者

- 2 第5条に定める交付申請時において、交付申請者が出産前である場合も、前項(2)及び(3)の事業にかかる助成対象者とみなす。

(用語の定義)

第4条 この要綱における用語の定義は、次の各号の定めるところによる。

(1) 妊婦健診 妊婦健康診査

(2) 産婦健診 産婦健康診査

(3) 聴覚検査 新生児聴覚検査

(4) 受診券または助成券

妊婦健康診査受診券、産婦健康診査受診券、新生児聴覚検査費用助成券のいずれかまたは全て

(5) 受診券及び助成券

妊婦健康診査受診券、産婦健康診査受診券及び新生児聴覚検査費用助成券

(6) 契約医療機関

この要綱に定める事業の実施に関して、神戸市長と契約を締結した医療機関または助産所

(7) 市医師会 一般社団法人神戸市医師会

(8) 医師会医療機関 市医師会に所属する医療機関

(9) 母子手帳番号 母子健康手帳の交付時に附番する

(10) バーコードシール

母子手帳番号を表示したバーコードが印字されたシールであり、母子健康手帳とあわせて交付するもの

(助成金の申請及び受診券等の交付)

第5条 この要綱に定める事業による助成を受けようとする者(第2項に定める場合を除く)は、神戸市長(以下「市長」という。)に対して、母子保健法第15条の規定に基づく妊娠の届出(以下「妊娠届」という。)をするとともに、本事業による助成金の交付申請を行わなければならない。

2 神戸市外において妊娠届を行った者が神戸市に転入した場合において、当該転入者がこの要綱に定める事業による助成を受けようとする場合は、前項の交付申請を行わなければならない。

3 第1項及び前項の届出及び交付申請は、市長に対して「妊娠届出書兼妊婦健康診査受診券・産婦健康診査受診券・妊婦歯科健康診査受診券・新生児聴覚検査助成券・予防接種券交付申請書」を提出することにより行うものとする。

4 市長は前項による交付申請を行った者に対して、別表1に定める受診券または助成券及びバーコードシールを交付する。

(受診券及び助成券の有効期間)

第6条 受診券及び助成券の有効期間は、次項に定める場合を除き、別表2に定めるとおりとする。ただし、受診券または助成券の交付日当日の受診または受検については、交付後の受診に限り本事業による助成の対象とする。

2 神戸市外において妊娠届を行った者が神戸市に転入した場合において、当該転入者が前条第2項による交付申請を行った場合の受診券及び助成券の有効期間は、別表3に定めるとおりとする。

第7条 この要綱において期間の計算を行う場合は、民法(明治29年法律第89号)第140条及び第143条の規定によることとする。

(契約医療機関)

第8条 この要綱に定める事業にかかる妊婦健診、産婦健診及び聴覚検査は、各事業にかかる契約医療機関が実施する。

2 契約医療機関は、次の各号に定める医療機関または助産所でなければならない。

(1) 妊婦健診または産婦健診の契約医療機関

兵庫県内の産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所

(2) 聴覚検査

兵庫県内の小児科、耳鼻咽喉科、産科または産婦人科を標榜する医療機関または助産所

- 3 医師会医療機関がこの要綱に定める事業にかかる妊婦健診を行う場合は、市長は、市医師会及び神戸市産婦人科医会と契約を締結するものとし、医師会医療機関を契約医療機関とみなす。
- 4 医師会医療機関が、この要綱に定める産婦健診または聴覚検査を行う場合は、市長は、市医師会と契約を締結するものとし、医師会医療機関を契約医療機関とみなす。

(契約医療機関における健診または検査の受診または受検)

第9条 第5条第4項による受診券または助成券の交付を受けた者が、契約医療機関において妊婦健診、産婦健診、聴覚検査のいずれかを受けようとする場合は、受診券または助成券に以下の各号で定める事項(第4号は産婦健診を受診する場合のみ)を記入のうえ、バーコードシールを貼付し、つづりから切り離さずに、当該契約医療機関に提示するものとする。

- (1)被受診者の氏名
- (2)被受診者の住所
- (3)被受診者の生年月日
- (4)被受診者の分娩年月日

- 2 前項において、契約医療機関への提示前につづりから切り離された受診券または助成券及びバーコードシールの貼付のない受診券または助成券については、原則として無効なものとして取り扱う。
- 3 契約医療機関は、第1項において提示された受診券または助成券が有効なものであることを確認後、当該受診券または助成券の提出を受けるものとする。

(助成金の請求及び受領の権限の委任)

第10条 前条による受診券または助成券の提出により、被受診者等は、健診または検査にかかる神戸市からの助成金の請求及び受領の権限を、当該契約医療機関(当該契約医療機関が市医師会医療機関である場合は市医師会)に委任したものとみなす。

(助成上限額等)

第11条 この要綱に定める事業による助成の上限額及び使用枚数の上限等は、別表4で定めるとおりとする。

(助成上限額を超える場合の費用負担)

第12条 第9条により契約医療機関へ受診券または助成券の提出を行った者は、当該医療機関において健診または検査を受けるにあたり、健診または検査の費用が助成上限額を超える場合は、超える額を当該医療機関へ支払うものとする。

(産婦健診の内容)

第13条 この要綱に定める助成の対象となる産婦健診の内容は、次の各号で定めるとおりとし、これ以外の健診内容にかかる費用は助成の対象外とする。

- (1)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)
- (2)診察(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)
- (3)体重・血圧測定
- (4)尿検査(蛋白・糖)
- (5)こころの健康チェックアンケート(エジンバラ産後うつ病質問票)

- 2 前項の産婦健診は、原則として産後1か月頃に1回実施するものとし、医師等が必要

と判断する場合は、これに加えて産後2週間頃にも行うことができるものとする。

(産婦健診を実施した医療機関による報告等)

第14条 この要綱に定める産婦健診を実施した医療機関は、健診結果を受診券に記載し、受診結果を本市へ報告しなければならない。

2 前項の産婦健診を受診した産婦が、以下のいずれかに該当する場合は、健診を実施した医療機関は、速やかに本市の各区役所・支所保健福祉課に対して、養育支援ネット等を活用して情報提供を行うとともに、当該産婦に対して必要な支援を行わなければならない。

ア エジンバラ産後うつ病質問票が9点以上のもの

イ エジンバラ産後うつ病質問票の質問10で1点以上のもの

ウ その他、医師等の判断により当該産婦に対して身体面・精神面等による継続支援が必要と判断したもの

3 各区役所・支所保健福祉課は、産婦健診の結果に基づいて、当該産婦に対して訪問指導、健康相談などの必要な支援を行わなければならない。

(聴覚検査の実施時期及び検査内容)

第15条 この要綱に定める聴覚検査の実施時期は、原則として検査を行う児が生後8週未満の間とする。

2 前項の聴覚検査は、自動聴性脳幹反応検査(以下、「自動ABR検査」という。)または耳音響放射検査(以下、「OAE検査」という。)とし、初回検査及び確認検査(初回検査の結果が要再検査であった場合に行う再検査をいう。以下同じ。)をあわせて1回として助成の対象とする。ただし、確認検査は、初回検査と同じ医療機関が行った場合のみ助成対象とする。

(助成金の請求及び支払い)

第16条 契約医療機関は、本要綱に定める助成の対象となる健診または検査を行った後、本市との契約において定めるところにより、別表4に定める助成金を本市へ請求するものとする。

2 契約医療機関(医師会医療機関を除く)が、前項により助成金を請求しようとする場合は、対象者より提出された受診券または助成券を月ごとに取りまとめ、請求書とあわせて、原則として、健診または検査を実施した月の翌月10日までに市長あてに提出するものとする。

3 市長は、前項による請求が行われた場合は、請求内容を検査のうえ適正であると認められるものについて、別表4に定める助成金を契約医療機関へ支払うものとする。

第17条 医師会医療機関が、前条による請求を行う場合は、対象者より提出された受診券または助成券を月ごとに取りまとめ、市医師会へ提出するものとし、市医師会はこれらの受診券及び助成券を取りまとめ、実施報告書とあわせて市長へ提出するものとする。

2 市長は、前項による請求が行われた場合は、請求内容を検査のうえ適正であると認められるものについて、別表4に定める助成金を市医師会へ支払うものとする。

3 市医師会は、前項により市より支払われた助成金を、第1項による受診券または助成券の提出を受けた医師会医療機関へ、請求内容に応じて支払うものとする。

第18条 契約医療機関または市医師会が、第16条及び第17条に基づく本市への請求を行う

にあたっては、各年の3月31日までに実施した健診または検査にかかる助成金については、原則としてその年の5月31日までの期間でなければ本市より支払うことができないことに留意するものとする。

第19条 この要綱に定める聴覚検査について、初回検査及び確認検査を同一医療機関で行った場合は、当該医療機関による第16条及び第17条に定める請求は、確認検査の終了後に行うものとする。

(兵庫県外の医療機関による健診または検査)

第20条 兵庫県外(日本国内に限る)の医療機関において妊婦健診または聴覚検査を行う場合の費用助成については、「神戸市妊婦健康診査・新生児聴覚検査県外里帰り助成金支給要綱」の定めるところによる。

2 兵庫県外(日本国内に限る)の医療機関において産婦健診を行う場合の費用の助成については、「兵庫県外における神戸市産婦健康診査助成事業実施要綱」の定めるところによる。

(受診券または助成券の譲渡・貸与の禁止)

第21条 第5条第4項による受診券または助成券の交付を受けた者は、当該受診券または助成券を他人に譲渡し、または貸与してはならない。

(医療機関に対する調査等)

第22条 市長は、必要があると認めるときは、この要綱に定める健診または検査を行う医療機関に対して、健診または検査の実施状況について報告を求め、または帳簿書類その他必要な物件を調査することができる。

(助成金の返還等)

第23条 市長は、偽りその他不正な行為により本要綱に定める助成を受けまたは受けようとすることが明らかな者がある場合は、当該者に対する助成金の交付決定をとりけし、または交付した助成金の全部もしくは一部の返還を請求することができる。

(その他)

第24条 この要綱の施行について必要な事項は、こども家庭局長が別に定めるものとする。

附則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。
この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(旧要綱の廃止)

第2条 「神戸市妊婦健康診査実施要綱(平成20年7月1日施行)」、「神戸市妊婦健康診査実施要領(平成21年7月1日施行)」、「神戸市妊婦健康診査助成事業実施要綱(平成31年3月1日施行)」、「神戸市産婦健康診査事業実施要綱(平成31年4月1日施行)」、「神戸市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱(令和元年10月1日施行)」(以下「旧要綱」という。)は廃止する。

(経過措置)

第3条 旧要綱に基づき令和2年3月31日までに事業を実施したものは、それぞれの事業に対応する旧要綱を適用するものとする。

2 旧要綱で定める様式は、当分の間これを使用することができるものとする。

3 旧要綱のうちの「神戸市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱（令和元年10月1日施行）」に定める様式第5号は、当分の間、本要綱の様式第10号とみなす。

別表1（第5条第4項関係）

事業の種類	市長が交付する書類
妊婦健康診査助成事業による助成を受けようとする場合	(1)基本健診受診券（様式1号） 14枚 (2)血液検査等受診券①（様式2号） 1枚 (3)血液検査等受診券②（様式3号） 1枚 (4)血液検査等受診券③（様式4号） 1枚 (5)超音波等その他検査受診券①（様式5号） 4枚 (6)超音波等その他検査受診券②（様式6号） 8枚 ただし、本市以外で妊娠届を行った妊婦へ交付する場合は、上記の(1)(2)については、当該妊婦が前住所地で助成を受けた回数を減じた枚数を交付する。
産婦健康診査助成事業による助成を受けようとする場合	(1)産後健康診査受診券（産後2週間）（様式第7号） 1枚 (2)産後健康診査受診券（産後1か月）（様式第8号） 1枚 ただし、本市以外で妊娠届を行った妊婦または産後8週未満の産婦へ交付する場合は、当該妊婦または産婦が前住所地で助成を受けた回数を減じた枚数を交付する。
新生児聴覚検査費用助成事業による助成を受けようとする場合	(1)新生児聴覚検査費用助成券（様式第9号） 1枚

別表2（第6条第1項関係）

受診券または助成券の種類	有効期間
妊婦健康診査受診券	受診券の交付日から分娩または妊娠の終了した日まで
産婦健康診査受診券	分娩した日（分娩した日より後に受診券を交付した場合は交付日）から産後8週を経過する日の前日まで
新生児聴覚検査費用助成券	検査の対象となる児の出生から生後8週を経過する日の前日まで（ただし助成券交付後の受検に限る）

別表3（第6条第2項関係）

受診券または助成券の種類	神戸市外において妊娠届を行った者が神戸市に転入後に交付申請を行った場合の有効期間
妊婦健康診査受診券	転入日から分娩または妊娠の終了した日まで ただし、転入者が転入日当日に交付申請を行わなかった場合は、原則として、妊娠の終了までに交付の申請を行うことにより、有効期間の始期を、交付申請日からひと月遡った日または転入日のうち、交付申請日に近い日とする。
産婦健康診査受診券	(1) 転入日以降に分娩した場合 分娩した日（分娩した日より後に受診券を交付した場合は交付日）から産後8週を経過する日の前日まで (2) 分娩後に転入した場合 転入日から産後8週を経過する日の前日まで ただし、転入者が転入日当日に交付申請を行わなかった場合の有効期間の始期は、交付申請日からひと月遡った日または転入日のうち、交付申請日に近い日とする。
新生児聴覚検査費用助成券	(1) 転入日以降に検査の対象となる児が出生した場合 対象となる児の出生から生後8週に達するまで (2) 検査の対象となる児の出生後に転入した場合 転入日から出生後8週を経過する日の前日まで ただし、転入者が転入日当日に交付申請を行わなかった場合の有効期間の始期は、交付申請日からひと月遡った日または転入日のうち、交付申請日に近い日とする。

別表4（第11条第1項、第16条第1項、第3項、第17条第2項関係）

券の種類		検査項目	助成上限額	備考
妊婦健康診査受診券	基本健診受診券 (様式第1号)	・定期健診 (問診・診察・検査(子宮底長・腹囲・血圧・尿・体重など)・保健指導・その他)	上限を5,000円とした実額	各回の健診につき1枚の使用。
	血液検査等受診券 ① (様式第2号)	・血液型(ABO,Rh)検査 ・不規則抗体検査 ・B型肝炎抗原検査	上限を15,000円とした実額	各回の健診につきいずれか1枚の使用。 基本健診受診券および超音波等 その他検査受診券との併用可能。 基本健診のみを実施時に血液検査券の単独使用不可。
	血液検査等受診券 ② (様式第3号)	・C型肝炎抗体検査 ・HIV抗体検査 ・梅毒血清反応検査	上限を4,000円とした実額	
	血液検査等受診券 ③ (様式第4号)	・風疹ウイルス抗体検査 ・血糖検査 ・血算検査 ・HTLV-1抗体検査 ・その他	上限を3,000円とした実額	

	超音波等 その他検査受診券 ① (様式第5号)	<ul style="list-style-type: none"> ・超音波検査 ・血算検査 ・子宮頸がん検診(細胞診) 	上限を3,000円 とした実額	1回の健診で複数枚使用可能。 基本健診のみを実施時に超音波 等その他検査受診券の単独使用 不可。
	超音波等 その他検査受診券 ② (様式第6号)	<ul style="list-style-type: none"> ・性器クラミジア検査 ・B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査 ・その他 	上限を2,000円 とした実額	
産婦 健診 受診 券	産婦健康診査受診券 (産後2週間) (様式第7号)	<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・診察 ・体重, 血圧測定 ・尿検査(蛋白・糖) 	上限を5,000円 とした実額	産後1か月頃に1回実施する。 医師等が必要と判断する場合は, 産後2週間頃にも行うことができ る。1回の産婦健診に使用でき る枚数は1枚とし, 実施回数 の上限は2回とする。
	産婦健康診査受診券 (産後1か月) (様式第8号)	<ul style="list-style-type: none"> ・こころの健康チェックアンケート(エジンバラ産後うつ病質問票) 	上限を5,000円 とした実額	
聴覚 検査 助成 券	新生児聴覚検査 費用助成券 (様式第9号) ※新生児聴覚検査 費用助成券(市外 医療機関用) (様式第10号)	<ul style="list-style-type: none"> ・自動ABR検査 ・OAE検査 	上限を5,000円 とした実額 (自動ABR検査) 上限を3,000円 とした実額 (OAE検査)	児ひとりにつき1枚 検査方法によって上限額が異なる 確認検査については初回検査 実施医療機関と同一医療機関 で実施した場合に限る。 ※様式第10号を使用できるのは, 令和2年7月31日の受検まで。

基本健診受診券 (神戸市妊婦健康診査)

兼請求依頼書 上限5,000円まで助成を受けられます

【本人記入欄】 01 回目

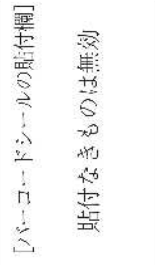
氏名	生年月日	昭和	平成	年	月	日	口	(歳)
住所	神戸市 区							
電話番号								

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受領の期限を下記医療機関(神戸市医師会)に申請する医療機関にあっては、神戸市医師会)に委任します。

【医療機関記入欄】

健診年月日	令和	年	月	日	口	(妊婦 週)
健診項目 (実務した項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 検査 (子宮成長・腹囲・血圧・尿・体重等) <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他検査 ()					
医療機関 名	〒 所在地 名称					

基本健診受診券は妊婦健診1回ごとに1枚のみ使用できます。この券の助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。1回の妊婦健診中に1枚まで使用できます。基本健診受診券と血液検査受診券とを併用する場合は、神戸市から転出された場合は使用できません。出産(妊娠の終了)までの健診に限り、(出産や出産後の健診には使えません。)



血液検査等受診券① (神戸市妊婦健康診査)

兼請求依頼書 上限15,000円まで助成を受けられます

【本人記入欄】 No. 1

氏名	生年月日	昭和	平成	年	月	日	口	(歳)
住所	神戸市 区							
電話番号								

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受領の期限を下記医療機関(神戸市医師会)に申請する医療機関にあっては、神戸市医師会)に委任します。

【医療機関記入欄】

健診年月日	令和	年	月	日	口	(妊婦 週)
健診項目 (実務した項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 血液型(ABO,Rh)検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> 梅毒検査 <input type="checkbox"/> 不規則抗体検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> HbA1c検査					
医療機関 名	〒 所在地 名称					

血液検査等受診券は妊婦健診1回ごとに1枚のみ使用できます。この券の助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。基本健診受診券と血液検査等受診券とを併用する場合は、神戸市から転出された場合は使用できません。出産(妊娠の終了)までの健診に限り、(出産や出産後の健診には使えません。)



血液検査等受診券② (神戸市妊婦健康診査)

兼請求依頼書 上限4,000円まで助成を受けられます

【本人記入欄】 No. 1

氏名	生年月日	昭和	平成	年	月	日	口	(歳)
住所	神戸市 区							
電話番号								

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受領の期限を下記医療機関(神戸市医師会)に申請する医療機関にあっては、神戸市医師会)に委任します。

【医療機関記入欄】

健診年月日	令和	年	月	日	口	(妊婦 週)
健診項目 (実務した項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 血液型(ABO,Rh)検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> 梅毒検査 <input type="checkbox"/> 不規則抗体検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> HbA1c検査					
医療機関 名	〒 所在地 名称					

血液検査等受診券は妊婦健診1回ごとに1枚のみ使用できます。この券の助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。基本健診受診券と血液検査等受診券とを併用する場合は、神戸市から転出された場合は使用できません。出産(妊娠の終了)までの健診に限り、(出産や出産後の健診には使えません。)



血液検査等受診券③ (神戸市妊婦健康診査)
兼請求依頼書 上限3,000円まで助成を受けられます

【本人記入欄】 No. 1

氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)
住所	神戸市 区					
電話番号						

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受診の権限を下記医療機関(神戸市医師会)に所属する医療機関にあっては、神戸市医師会)に委任します。

【医療機関記入欄】

健診年月日	令和	年	月	日	(妊娠 週)
健診項目 (実施した項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 血液型(ABORH)検査 <input type="checkbox"/> 不規則抗体検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 血算検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査				

※その他の検査項目のみではご使用頂けません。

その他検査 ()

医療機関 〒 -
所在地
名称

血液検査等受診券は妊婦健診1回ごとに1枚のみ使用できます。この券の助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。基本健診受診券と血液検査等受診券と超音波等その他検査受診券は併用ができます。神戸市から転出された場合は使用できません。出産(妊娠の終了)までの健診に限り、(出産や出産後の健診には使えません。)

[バーコードシールの貼付欄]
貼付なきものは無効



超音波等その他検査受診券①(神戸市妊婦健康診査)
兼請求依頼書 上限3,000円まで助成を受けられます

【本人記入欄】 No. 1

氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)
住所	神戸市 区					
電話番号						

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受診の権限を下記医療機関(神戸市医師会)に所属する医療機関にあっては、神戸市医師会)に委任します。

【医療機関記入欄】

健診年月日	令和	年	月	日	(妊娠 週)
健診項目 (実施した項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 血算検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(細胞診) <input type="checkbox"/> 性器クラミジア検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査 <input type="checkbox"/> その他検査 ()				

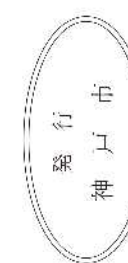
※その他の検査項目のみではご使用頂けません。

その他検査 ()

医療機関 〒 -
所在地
名称

この券の助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。基本健診受診券と血液検査等受診券と超音波等その他検査受診券は併用ができます。神戸市から転出された場合は使用できません。出産(妊娠の終了)までの健診に限り、(出産や出産後の健診には使えません。)

[バーコードシールの貼付欄]
貼付なきものは無効



超音波等その他検査受診券②(神戸市妊婦健康診査)
兼請求依頼書 上限2,000円まで助成を受けられます

【本人記入欄】 No. 1

氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)
住所	神戸市 区					
電話番号						

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受診の権限を下記医療機関(神戸市医師会)に所属する医療機関にあっては、神戸市医師会)に委任します。

【医療機関記入欄】

健診年月日	令和	年	月	日	(妊娠 週)
健診項目 (実施した項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 血算検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(細胞診) <input type="checkbox"/> 性器クラミジア検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌(GRS)検査 <input type="checkbox"/> その他検査 ()				

※その他の検査項目のみではご使用頂けません。

その他検査 ()

医療機関 〒 -
所在地
名称

この券の助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。基本健診受診券と血液検査等受診券と超音波等その他検査受診券は併用ができます。神戸市から転出された場合は使用できません。出産(妊娠の終了)までの健診に限り、(出産や出産後の健診には使えません。)

[バーコードシールの貼付欄]
貼付なきものは無効



受診前の切り離し無効

神戸市産婦健康診査（産婦健診）受診券兼請求依頼書

産後1か月頃
(利用期限：産後7週と6日(55日)以内)

【本人記入欄】

氏名 _____
 生年月日 昭和・平成 _____年 _____月 _____日 (_____ 歳)
 住所 神戸市 _____区 _____
 電話番号 (_____) _____ - _____
 発症年月日 令和 _____年 _____月 _____日

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に帰属する医療機関にあたる場合は、神戸市医師会）に委任します。また、この健診等の結果を、神戸市へ送付されることに同意します。

【医療機関記入欄】

診療日 令和 _____年 _____月 _____日 (産後 _____週)

診査項目 (実施した項目にチェックしてください。)

問診・診察
 体重・血圧測定
 尿検査 (蛋白・糖)
 こころの健康チェック アンケート (_____ 点)
 (再掲⑩) _____ 点)

結果 (実施した項目にチェックしてください。)

異常なし
 継続フォロー (下記項目をチェックしてください。)
 { 当院フォロー
 他科・他院紹介 (医療機関名: _____)
 居住区へ情報提供

医療機関 〒 _____
 所在地 _____
 名称 _____

【バーコードシールの貼付欄】

貼付なきものは無効

発行
神戸市

*産婦健診1回ごとに1枚のみ使用できます。
 *診査費用のうち5,000円まで助成します。助成額を超過した場合は、自己負担となります。
 *費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。
 *神戸市から転出された場合は使用できません。

<産後1か月券>

受診前の切り離し無効

こころの健康チェック アンケート

(問壁ら (1996) による日本語版)

産後の気分についておたずねします。必ず10項目全部に答えて下さい。
 産後の体調を確認する大切な質問です。必ず10項目全部に答えて下さい。
 今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。

1. 笑うことができたり、物事のおもしろい面もわかった。
 { いつもと同様してきた。
 あまりできなかつた。
 明らかにできなかつた。
 全くできなかつた。

2. 物事を楽しみにして待った。
 { いつもと同様してきた。
 あまりできなかつた。
 明らかにできなかつた。
 ほとんどできなかつた。

3. 物事がうまいくはない。自分を必要に思わなかった。
 { はい、たいして待たなかった。
 はい、時々待たなかった。
 いいえ、あまり度々ではなかつた。
 いいえ、全くなかつた。

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。
 { はい、そうではなかつた。
 ほとんどそうではなかつた。
 はい、時々あった。
 はい、しょっちゅうあった。

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、めったになつた。
 いいえ、全くなかつた。

6. することがたたくさんあって大変だった。
 { はい、たいして対処できなかつた。
 はい、いつものようにはうまく対処できなかつた。
 はい、たいていうまく対処した。
 はい、普段通りに対処した。

7. 不幸せな気分の中で、眠りにくかつた。
 { はい、ほとんどいつもそうだった。
 はい、時々そうだった。
 はい、あまり度々ではなかつた。
 はい、全くなかつた。

8. 悲しくなったり、夢めになつたりした。
 { はい、たいしてそうだった。
 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。
 はい、かなり度々ではなかつた。
 はい、全くそうではなかつた。

9. 不幸せな気分だったので、泣いていた。
 { はい、たいしてそうだった。
 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。
 はい、かなり度々ではなかつた。
 はい、全くそうではなかつた。

10. 自分自身を奮り上げよう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。
 はい、時々そうだった。
 はい、めったになつた。
 はい、全くなかつた。

お名前 _____ 記入日 令和 _____年 _____月 _____日

○産婦健診受診の前日もしくは当日に、ご記載ください

神戸市新生児聴覚検査費用助成券 兼請求依頼書

自動ABR検査5,000円(上限)またはOAE検査3,000円(上限)の助成を受けられます。(生後8週未満に限る)
※ただし確認検査のみ受検した医療機関ではこの助成券は使用できません。

【保護者記入欄】

保護者氏名	生年月日	年	月	日
住所	神戸市 区			
電話番号				

この助成券を使用した場合、助成金の請求及び受領の総額を下記医療機関(神戸市医師会)に届出する医療機関については、神戸市医師会)に委任します。また、検査の結果が神戸市に通知されることは同意します。

【医療機関記入欄】

受検児氏名	生年月日	令和	年	月	日
以下、該当するものにチェックしてください。					
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE				
検査結果	初回検査	令和	年	月	日(生後 日)
	左(口バス) <input type="checkbox"/> リファア	左(口バス) <input type="checkbox"/> リファア			
	右(口バス) <input type="checkbox"/> リファア	右(口バス) <input type="checkbox"/> リファア			
請求額	<input type="checkbox"/> 自動ABR 5,000円(上限)又は <input type="checkbox"/> OAE 3,000円(上限)				
医療機関 名称	〒 所在地				

・助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。費用が助成額より少ない場合、おつりは支払いません。
・神戸市から届出された場合は使用できません。

[バーコードシールの貼付欄]
貼付なきものは無効



神戸市外
医療機関用

神戸市新生児聴覚検査費用助成券 兼請求依頼書

※この助成券は神戸市内医療機関では使用できません。
※この助成券を使用出来るのは神戸市に住民票がある保護者です。
自動ABR検査5,000円(上限)またはOAE検査3,000円(上限)の助成を受けられます。
(有効期限：生後8週未満)
※ただし確認検査のみ受検した医療機関ではこの助成券は使用できません。
この助成券を使用した場合、助成金の請求及び受領の総額を下記医療機関に委任します。
また、検査の結果が神戸市に通知されることは同意します。

【保護者記入欄】

保護者氏名	生年月日	年	月	日
住所	神戸市 区			
電話番号				

【医療機関記入欄】

受検児氏名	生年月日	年	月	日
以下、該当するものにチェックしてください。				
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE			
検査結果	初回検査	年	月	日(生後 日)
	右(口バス) <input type="checkbox"/> リファア	左(口バス) <input type="checkbox"/> リファア		
	右(口バス) <input type="checkbox"/> リファア	左(口バス) <input type="checkbox"/> リファア		
請求額	<input type="checkbox"/> 自動ABR 5,000円(上限)又は <input type="checkbox"/> OAE 3,000円(上限)			
医療機関 名称	〒 所在地			

・助成上限額を超過した場合は、自己負担となります。
・費用が助成上限額より少ない場合、おつりは支払いません。
・神戸市から届出された場合は使用できません。

[バーコードシールの貼付欄]
貼付なきものは無効



【医療機関の方へ】この様式の助成券が使用できるのは令和2年7月31日までです。
※助成を受けることが出来る検査は生後8週未満に受けた検査です。

マイナンバー

01308

記入情報は個人が特定されない
方法で統計・調査研究等に活用
することがあります。
右記の要領で記載して下さい。

- ・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- ・□□の欄は右詰で、空白桁には0を記入して下さい。例：09
- ・あてはまる○を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。良い例：●● 悪い例：☒☒
- ・電話番号は右詰で、空白桁には何も記入しないで下さい。

妊娠届出書 兼 妊婦健康診査受診券
産婦健康診査受診券
妊婦歯科健康診査受診券
新生児聴覚検査助成券
予防接種券 交付申請書

神戸市長あて
下記のとおり届けます。

年 月 日

フリガナ	<input type="text"/>	生 年 月 日
本人氏名 および届出者名	届出者名() 続柄()	西暦 () 歳 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 生 職業 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり()
居住地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 区	TEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
分娩予定日	西暦 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	妊娠週数 <input type="text"/> <input type="text"/> 週 出生順位 第 <input type="text"/> <input type="text"/> 子
妊娠の診断を受けた医療機関名	医療機関名： <input type="text"/>	
診断の際、何が指摘されましたか	<input type="radio"/> 多胎児 <input type="radio"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="radio"/> その他()	
料感染症の検査	<input type="radio"/> うけた <input type="radio"/> うけていない 結核の検査(1年以内) <input type="radio"/> うけた <input type="radio"/> うけていない	

妊娠・出産・育児期を通していろいろなご相談をお受けしています。今後の保健サービスのためご記入をお願いします。

どなたと一緒に住みますか	<input type="radio"/> 夫() 歳 <input type="radio"/> 子ども() 歳、 () 歳、 () 歳、 () 歳、 () 歳 <input type="radio"/> 実母 <input type="radio"/> 実父 <input type="radio"/> 義母 <input type="radio"/> 義父 <input type="radio"/> その他()
結婚してどのくらいですか	<input type="radio"/> 3ヶ月未満 <input type="radio"/> 1年未満 <input type="radio"/> 6年未満 <input type="radio"/> 6年以上 <input type="radio"/> 未婚
妊娠を知りどんなお気持ちですか	<input type="radio"/> とてもうれしい <input type="radio"/> 予想していなかったがうれしい <input type="radio"/> 予想外でとまどった <input type="radio"/> とくになんとも思わない <input type="radio"/> 困った <input type="radio"/> その他()
妊娠中、相談できる人がいますか	<input type="radio"/> いる() <input type="radio"/> いない
出産時、里帰りする予定はありますか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
出産後、手伝ってくれる人がいますか	<input type="radio"/> いる() <input type="radio"/> いない
今、たばこを吸っていますか	<input type="radio"/> 吸わない <input type="radio"/> やめた <input type="radio"/> 吸う (<input type="text"/> <input type="text"/> 本/日)
同居者にたばこを吸う人がいますか	<input type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる いる場合()
今、アルコールを飲んでいますか	<input type="radio"/> 飲まない <input type="radio"/> 時々 <input type="radio"/> ほとんど毎日
今、治療中の病気がありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある 病名()
妊娠前の身長・体重はどれくらいでしたか	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 妊娠前の体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <g
今回の妊娠にあたり不妊治療をしましたか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
妊娠・出産にあたり、身体のごとや、経済的なことなど不安がありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある()
今までに心理的・精神的な理由で、カウンセラーや精神科医師に相談または治療をしたことがありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある()
(?回目以降の妊娠の方) 過去の妊娠・出産・産後に関わらずにトラブルはありましたか。	<input type="radio"/> なかった <input type="radio"/> あった()
(妊娠中に転入の方)どちらからですか。	転入日 年 月 日 どちらから()
私は神戸市内に住居票があり、妊婦健康診査受診券・ 産婦健康診査受診券・妊婦歯科健康診査受診券・新生 児聴覚検査費用助成券を受領しました。	基へ受診券() 枚 産婦受診券() 枚 産婦受診券() 枚 聴覚助成券() 枚 受領サイン *不正に使用した場合はその費用を返還いたします。
(区役所記入欄)	マイナンバー 本人確認 <input type="checkbox"/> / 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人本人確認 <input type="checkbox"/> 交付日 西暦 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 受付担当者名() <input type="radio"/> 新規妊婦 <input type="radio"/> 再交付 <input type="radio"/> 転入妊婦 <input type="radio"/> 出産後 <input type="radio"/> 転入産婦 へん付届書類 負 旅 身 在 マ その他

外国籍版() 籍