

## 産婦・1か月児健康診査費用の助成（償還払い）について

鎌ケ谷市では、産後2週間、産後1か月などの出産後間もない時期の母親のこころとからだの健康を保つため、また、生後1か月前後の子どもの発育や発達、病気などの早期発見をできるように健康診査の費用の一部を助成しています。

### 費用助成を受けられる方

○健診受診日に鎌ケ谷市に住民登録がある方

### 委託医療機関

鎌ケ谷市が委託している医療機関・助産所

原則として、出産した医療機関・助産所での受診となります。

妊婦・乳児健診・新生児聴覚検査は使用できても、産婦・1か月児健康診査は使用できない場合があります。



### 委託医療機関等以外で受診する場合：以下の償還払いの手続きが必要です

全ての項目を実施した場合に限り、自己負担にて受診後、限度額の範囲内で助成します。

### 償還払いの手続きについて

償還払いとは、一度費用を医療機関に支払った後、健康増進課に助成該当額を受け取るための手続きを行うものです。希望される場合は、下記の書類等を総合福祉保健センター2階健康増進課窓口を持参して下さい。

#### ①健康診査費用助成金申請書（産婦用、1か月児用）

母子健康手帳交付時にお渡ししていますが、健康増進課窓口でも配布しています。

※鎌ケ谷市ホームページからもダウンロードができます。

#### ②健康診査受診票（別冊2）

健康診査の結果が記入され、受診した医療機関の印が押されたものであるか確認してください。

※記載漏れがある場合、申請できませんのでご注意ください。

○産婦用 ・産婦健康診査受診票：受診した医療機関が記入 ※記入例は下記に記載あり

・「産婦健康診査質問票（質問票Ⅰ・質問票Ⅱ・質問票Ⅲ）」※母が受診日に記入

○1か月児用・1か月児健康診査受診：受診した医療機関で記入 ※記入例は下記に記載あり

#### ③母子健康手帳

○産婦用「出産後の母体の経過」の記録部分の写し

○1か月用「1か月児健診」の記録部分の写し

#### ④医療機関の領収書（写し）

保険適用外の健康診査費用であり、受診者氏名、健診年月日、領収金額、医療機関名の確認ができるものをお持ちください。窓口でコピーをとらせていただきます。

#### ⑤銀行口座がわかる通帳やカード等（助成金の振込みを指定する口座）の写し

※ネットバンキングの場合は、口座番号の写し（コピー）をご持参ください。

#### ⑥申請者の本人確認書類 運転免許証、マイナンバーカード等の写しをいただきます。

○申請受付期限は、それぞれの受診日から2年間となります。

○産婦健康診査、1か月児健康診査を受けた場合は、まとめて申請をお願いいたします。

○申請後は、審査の上、助成該当額を指定された銀行口座に振り込みます。

《問い合わせ先》 鎌ケ谷市役所健康増進課 母子保健係 電話 047-445-1393（直通）

# ※産婦健康診査・1か月児健康診査受診票、産婦健康診査質問票の記入例

細枠内は医療機関で記入していただき、結果の記入と医療機関の押印をお願いします。

鎌ケ谷市提出用

鎌ケ谷市産婦健康診査受診票(2週間・1か月) No. 000000

●太枠の中は保護者がご記入ください

産婦氏名 兼同意書 (ふりがな) 産婦氏名/姓名	鎌ケ谷市に提供し、産後の支援に活用されることに同意します。 かまがや はなこ 鎌ケ谷 花子
生年月日	昭和(平成) 〇年 △月 ×日(〇〇)歳
住所	鎌ケ谷市 新鎌ケ谷 2-6-1 受診時住民票登録 鎌ケ谷市に <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※受診日に鎌ケ谷市に住民票がある方のみ利用できます。
電話番号 (携帯)	090-0000-XXXX(自宅) 047-445-1141
出産日	令和 ×年 △月 〇日 (初産・経産)

産婦健康診査 受診結果

●医療機関で記入ください

受診年月日	令和 〇年 △月 ×日 (産後 △△日)
回数・時期	(1回目・2回目) (2週間・1か月)
子宮復古	異常なし・所見あり ( )
悪露	異常なし・所見あり ( )
血圧/体重	( / mmHg) ( kg)
尿検査	蛋白(-・±・+・2+・3+) 糖(-・±・+・2+・3+)
授乳状況	母乳・混合・人工
乳房の状態	分泌: 過多・普通・不良 ( )
精神疾患の既往歴	なし・あり ( )
質問票II	合計( 点) 10( 点)
質問票III	合計( 点) 3( 点) 5( 点)
その他診察結果	
判定	健康・要観察・要支援 (鎌ケ谷市への連絡 済・未)
指導内容	1. 助言指導 2. 鎌ケ谷市相談窓口の情報提供 3. 実施機関による経過観察 4. 精神科に関する情報提供 5. その他助言 ( )

実施機関控え

鎌ケ谷市1か月児健康診査受診票 No. 000000

他の市町村へ転出した方は使用できません。

医療機関委託1か月児健康診査受診票

●太枠の中は保護者がご記入ください

乳児氏名 鎌ケ谷 太郎 (男) 和暦 年 月 日  
TEL 047-445-1141 女 6 4 1 注  
住所 鎌ケ谷市 新鎌ケ谷 2-6-1 出生時 3 0 0 0 日  
受診年月日 〇年 〇月 ×日 受診時の月齢 ×か月 〇日

和暦 年 月 日

( 〇年 〇月 ×日実施 / ×か月 〇日)

●医療機関で記入ください

体重	g	身長	cm
頭囲	cm		
栄養状態	良・要指導	栄養法	母乳・混合・人工
診察	健康・要観察	ビタミンK2シロップ	済・未
要観察詳細			
指導事項			

## ◇医療機関委託産婦健康診査料請求書兼償還払い請求書

受診医療機関名 ○○○○○○

所在地 住所を記入

実施者名 健診を行った方

公費負担額 5,000円を上限 年 月 日  
(契約書もしくは産婦健康診査領収書に準ずる)

## ◇医療機関委託1か月児健康診査料請求書兼償還払い請求書

受診医療機関名 ○○○○○○

所在地 住所を記入

医師氏名 健診を行った方

公費負担額 6,000円を上限 年 月 日  
(契約書もしくは1か月児健康診査領収書に準ずる)

実施者名や医師氏名がゴム印の場合は、必ず押印が必要です。

※医療機関の記入箇所が訂正があった場合は、二重線を引き医師、実施者の印で訂正をしてください。

鎌ケ谷市

産婦健康診査質問票

鎌ケ谷市では、赤ちゃんやお母さんの体のことだけでなく、出産後のお母さんのこころの状態を理解してサポートしていきたいと考えています。今のお気持ちをご記入ください。

氏名: 鎌ケ谷 花子

出産日: 令和△年 ×月 〇日

記入日: 令和△年 ×月 〇日  
※なるべく受診日当日に記載してください。

この質問票は、実施機関をとおして鎌ケ谷市に提出されます。契約していない医療機関で受診し、助成金交付申請をする場合は、①質問票、②受診票、③領収書、④明細書が申請時に必要です。

※医療機関のかたへ  
委託契約の場合: 請求書、受診票とともに、鎌ケ谷市に送付してください。  
償還払いの場合: 受診票の項目をすべて実施した場合に限り、償還払いの(助成金交付申請)対象となります。母子健康手帳または受診票に結果を記入のうえ、質問票と一緒に本人に返してください。  
問い合わせ先: 鎌ケ谷市役所 健康増進課 母子保健係 ☎047-445-1393

産婦さんがなるべく受診日当日に質問票I・II・IIIのすべてを記入

質問票I 育児支援チェックリスト

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

- 今頃の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か懸念があると聞かれていますか?  
はい いいえ
- これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを抱くことがありましたか?  
はい いいえ
- 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか?  
はい いいえ
- 困ったときに相談する人についてお尋ねします。  
①夫には何でも打ち明けることができますか?  
はい いいえ 夫がいない  
②お母さんには何でも打ち明けることができますか?  
はい いいえ 実母がいない  
③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか?  
はい いいえ
- 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか?  
はい いいえ
- 子育てをしていく上で、今の住まいや環境に満足していますか?  
はい いいえ
- 今頃の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありますか?  
はい いいえ
- 赤ちゃんが、なぜか泣いたり、泣いたりしているのが分からないことがありますか?  
はい いいえ
- 赤ちゃんを泣かせることがありますか?  
はい いいえ