

～三原市からのお知らせ～

多胎妊婦の妊婦健康診査費用に対する補助

三原市では、令和4年4月1日から、多胎妊婦を対象とした妊婦一般健康診査費用の助成回数を19回とします。

対象者

三原市に住民票があり、**令和4年4月1日以降**に出産予定の多胎妊婦

助成費用

多胎妊婦1人につき、妊婦一般健康診査補助券を**5枚追加**で交付します。
(令和4年3月まで:14回⇒令和4年4月以降:19回)

実施医療機関

三原市と契約をしている医療機関
※補助券を利用できない医療機関・助産所で妊婦健康診査を受診される方は、裏面をご覧ください。

健診内容

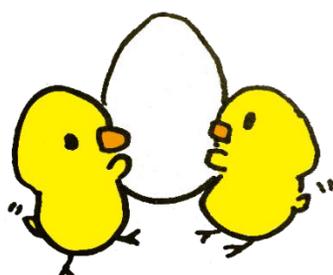
問診・診察・尿化学検査・血算検査・血糖検査・保健指導 等

持参物

母子健康手帳・妊婦一般健康診査補助券

その他

- ①予約が必要な場合がありますので、事前に医療機関にご確認ください。
- ②妊婦一般健康診査補助券の太枠内を受診前に記入し、母子健康手帳と一緒に医療機関へ提出してください。
- ③追加分の補助券には健診の目安(週数)の記載がありませんので、週数を問わず使用できます。



【お問い合わせ先】

〒723-8601
三原市港町三丁目5番1号
三原市保健福祉課 発達支援係
TEL:0848-67-6061

(裏面あり)

補助券を利用できない医療機関・助産所で 妊婦健康診査を受けられる方へ

申請方法

医療機関・助産所にて妊婦健診を受診します。

【持参物】・母子健康手帳 ・妊婦一般健康診査補助券

受診者(ご本人様)が医療機関窓口で妊婦健康診査の料金を支払います。

【注！】①医療機関より発行された**領収書**

②**健診の結果、医療機関名が記載された**妊婦健康診査補助券・結果票を受け取ります。

必要な書類をそろえ、保健福祉課または本郷・久井・大和の各保健福祉センターに申請を行います。

【申請に必要な書類】

- ①申請書(窓口に準備)
- ②妊婦一般健康診査補助券・結果票(結果票に所見や結果の記載のあるもの)
- ③母子健康手帳
- ④領収書
- ⑤印鑑
- ⑥振込口座(申請者名義)が分かる通帳の写し
(申請者の口座番号・支店コードが記載してあるページ)

申請が認められた場合、指定の口座に、助成額が振込まれます。

【申請期限について】

年度内に受診した費用についての申請期限は、同年度の3月末(4月1日～翌3月31日)です。年度をまたいで受診された場合は、4月以降に改めて申請してください。

妊婦一般健康診査補助券・結果票記入例
券は切り離さずに、必要事項を記載のうえ、申し込み時にお持ちください。

太枠：受診者が記入

所見：医療機関が記入。検査の結果等を記入してもらってください。

証明：医療機関が記入。医療機関等の所在地及び名称、担当医師名を記入の上、押印してもらってください。

| | | | |
|--|------------|-------------------------|----------|
| No | | 三原市 | |
| | | 保険者 | 番号 |
| | | 8 | 17340048 |
| 第1回 妊婦一般健康診査結果票(妊娠8週前後) | | | |
| (フリガナ) 妊婦氏名 | S・H 年 月 日生 | | |
| 受診年月日 | 年 月 日 | 妊娠週数 | 週 |
| 住 所 | | | |
| 検査項目(下記の内、必要な項目) | | | |
| (1) 問診・診察及び保健指導 | | (2) 尿化学検査 | |
| (3) 血算検査 | | (4) 血糖検査 | |
| (5) B群溶血性レンサ球菌(GBS) | | (6) 超音波検査 | |
| (7) 医師が必要と認めた検査 { } | | | |
| 所 見(該当に○をつけてください) | | | |
| <input type="checkbox"/> 異常なし | | | |
| <input type="checkbox"/> 要経過観察 高血圧・浮腫・尿たん白・貧血・その他() | | | |
| <input type="checkbox"/> 要 精 密 高血圧・浮腫・尿たん白・貧血・その他() | | | |
| <input type="checkbox"/> 要 治 療 高血圧・浮腫・尿たん白・貧血・その他() | | | |
| 連絡事項 | | 要訪問・精密検査(未・済)・要入院(日程度) | |
| 三原市長様 | | | |
| 医療機関コード _____ | | | |
| 保険医療機関等の 所在地及び名称 担当医師名 _____ | | | |
| (赤い太枠内は本人記入) | | | |

