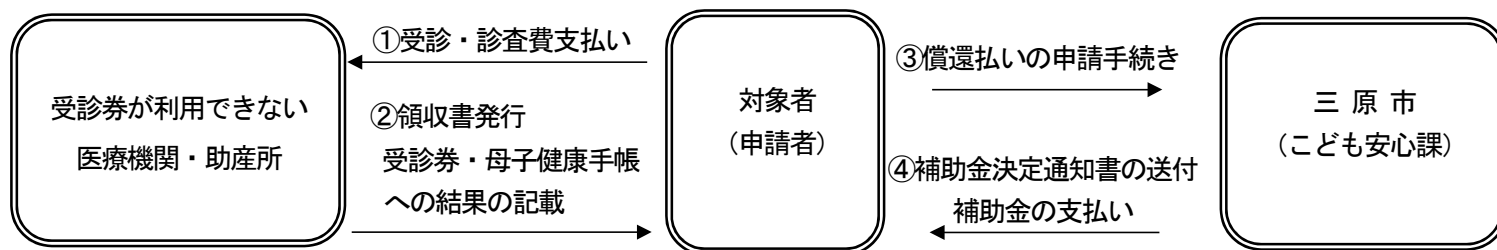


県外など受診券が利用できない医療機関・助産所で受診された場合の償還払いについて

受診券が利用できない医療機関・助産所で妊婦健康診査等を受けられた場合、費用を自己負担でお支払いいただいた後、三原市に申請すると補助金が交付されます。
 ※助産所で受診する場合は、受診前に助産施設妊婦一般健康診査補助券との交換手続きをしてください。

受診から補助金交付までの流れ



申請方法

窓口、郵送、電子申請

窓口受付時間：月～金曜日 8時30分～17時15分（年末年始・祝祭日を除く）

三原市こども安心課（すくすく三原） TEL 0848-67-6061

本郷保健福祉センター（すくすく本郷） TEL 0848-86-3609

久井保健福祉センター（すくすく久井） TEL 0847-32-8551

大和保健福祉センター（すくすく大和） TEL 0847-34-0960

郵送での申請先：〒723-8601 三原市港町3-5-1 三原市こども安心課

電子申請：右QRコードを読み取り、申請してください。



申請書類

- ①申請書（窓口で記入または三原市ホームページからダウンロード）
- ②受診券（医療機関で結果票に記入をもらったもの）
- ③母子健康手帳（郵送または電子申請の場合は、①表紙②妊娠中の経過（妊婦健診）
③検査の記録④出産の状態・出産後の母体の経過⑤新生児聴覚検査記録のページの写しが必要）
- ④産婦健康診査・乳児一般健康診査を申請される場合は、それぞれの問診票
- ⑤領収書および明細書（原本が必要な場合は、コピーでも可）
- ⑥振込口座（申請者名義に限る）が確認できるもの
- ⑦印鑑（代筆の場合は、印鑑が必要です）

申請期限

令和9年3月末まで（令和8年4月～令和9年3月受診分）

※令和9年4月以降の受診分は、4月以降分として再度申請してください。

※市外・県外に転出予定のある場合は、転出前に申請をしてください。

※3月末に受診される場合の申請については、早めに電話等でご相談ください。

令和8年度補助金の基準額

受診等の日	4・5月	6月以降
妊婦一般健康診査検査券	12,610円	13,060円
子宮頸がん検診受診券	3,200円	3,200円
クラミジア検査受診券	2,280円	2,280円
妊婦一般健康診査補助券	6,590円	6,910円
助産施設妊婦一般健康診査補助券	4,490円	4,520円
産婦健康診査補助券	5,000円	5,000円
乳児一般健康診査券	6,390円	6,410円
新生児聴覚検査受検票	2,840円	2,840円

※診査費が基準額に満たない場合は、その額となります。

※医療保険が適用された診査費については、補助金の対象となりません。

※検査及び診査項目によっては、補助金の対象とならない場合があります。

※上記の価格は変更する場合があります。

<受診券が利用できない医療機関・助産所で受診される方へ>

受診券が利用できない医療機関や助産所で受診される方は、受診券の結果票への記載を受診先をお願いしてください。

※助産所で受診する場合は、受診前に助産施設妊婦一般健康診査補助券との交換手続きをしてください。



記入例

新生児聴覚検査結果票

(使用期限) 生後28日以内		三原市	
No. 00001		保険者番号 8:6:3:4:0:0:4:9	
新生児聴覚検査結果票			
フリガナ (左詰め)			
乳児氏名	年	月	日生
住 所	三原市		
フリガナ (左詰め)			
母の氏名	年	月	日生
検査の所見又は今後必要な処置			
出生児体重	g		
初回検査 (自動ABR)	検査日	20	年 月 日
	右耳	パス・要再検	左耳
確認検査 (自動ABR)	検査日	20	年 月 日
	右耳	パス・要再検	左耳
連絡事項	精密医療機関名 要訪問・要精密 ()		
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 担当医氏名 (印)			

太枠：本人又は保護者が記入。

医療機関が記入。

検査項目・所見・検査の結果・医療機関名や医療機関コードを記入・押印してもらってください。

[赤い太枠内は本人記入]

記入例

妊婦一般健康診査結果票

No. 00001		三原市	
		保険者番号 8:8:3:4:0:0:4:7	
第6回 妊婦一般健康診査結果票(妊娠26週前後)			
フリガナ (左詰め)			
妊婦氏名	年	月	日生
受診年月日	20	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 (該当するものにチェックをつけてください)			
<input type="checkbox"/> 異常なし			
<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 浮腫	<input type="checkbox"/> 尿たん白
<input type="checkbox"/> 要精密	<input type="checkbox"/> 貧血		
<input type="checkbox"/> 要治療	<input type="checkbox"/> 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 担当医氏名 (印)			

[赤い太枠内は本人記入]