

里帰り出産等妊婦健康診査助成金 受診記録一覧表兼費用記入書

この助成金は、母子健康手帳の交付を受けた後の妊婦健診が対象となります。下記の表に、母子健康手帳の「妊娠中の経過」に記載されている受診記録のうち、里帰り先等での妊婦健診について記入し、申請時に提出してください。

氏 名				
母子健康手帳交付日 又は北区転入日	(妊娠中に転入の場合は転入日を記入) 年 月 日		出産日 又は北区転出日	(妊娠中に転出の場合は転出日を記入) 年 月 日
受診票 提出枚数	枚	超音波検査受診票 提出枚数	枚	子宮頸がん検診受診票提出 (どちらかに○をつける) あり・なし

※ 確認のため、医療機関に問い合わせをすることがあります。

また、審査の結果、助成対象外となることもありますのでご注意ください。

健診実施年月日	健診医療機関名	※該当検査については下段参照 保険適用外（自費）負担		交付決定額 (職員記載欄)
		負担額 (保険適用額は含めないこと)	超音波検査 実施の有無	記入しないで ください。
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
子宮頸がん検診実施日	検診医療機関名	負担額		
年 月 日		円		円
合 計				円

保険適用外（自費）負担のうち、助成金の対象となるもの

- ・基本健診（問診、血圧測定、尿検査、保健指導等）
- ・検査（血液型、貧血・血糖、不規則抗体、梅毒、風疹、H I V抗体、B型肝炎、C型肝炎、クラミジア抗原、経膈超音波、H T L V－1抗体、B群溶連菌、N S T）
- ・超音波検査（経腹法）、子宮頸がん検診

※ 保険診療、妊娠確定のための検査、転院のための診察、文書料、予防接種、材料費等は対象外です。
また、助成金の対象となる項目でも、保険適用（原則3割負担）の場合には助成対象外です。

記入例

里帰り出産等妊婦健康診査助成金 受診記録一覧表兼費用記入書

この助成金は、母子健康手帳の交付を受けた後の妊婦健診が対象となります。下記の表に、母子健康手帳の「妊娠中の経過」に記載されている受診記録のうち、里帰り先等での妊婦健診について記入し、申請時に提出してください。

氏 名	北 区 花 子				
母子健康手帳交付日 又は北区転入日	(妊娠中に転入の場合は転入日を記入) 令和 8 年 4 月 15 日			出産日 又は北区転出日	(妊娠中に転出の場合は転出日を記入) 令和 9 年 1 月 20 日
受診票 提出枚数	7 枚	超音波検査受診票 提出枚数	枚	子宮頸がん検診受診票提出 (どちらかに○をつける)	あり・なし

※ 確認事項
申請時に提出した受診票の枚数を記入。
申請時に提出した受診票の枚数を記入。
子宮頸がん検診受診票の提出があるかどうか記入。

健診実施年月日	健診医療機関名	※該当検査については下段参照 (自費) 負担		交付決定額 (職員記載欄)
母子手帳の「妊娠中の経過」に記載されている日付を記入。(記入のない日付は、妊婦健診かどうか病院に確認してください。)		支払った保険適用外の費用(自費)について記入。(下段参照)	超音波検査実施の有無	記入しないでください。
令和 8 年 5 月 22 日	○△病院	5,000 円	有・無	円
令和 8 年 10 月 16 日	〃	6,000 円	有・無	円
令和 8 年 10 月 23 日	〃	6,000 円	有・無	円
令和 8 年 10 月 30 日	〃	6,000 円	有・無	円
令和 8 年 11 月 2 日	〃	6,000 円	有・無	円
令和 8 年 11 月 9 日	〃	6,000 円	有・無	円
令和 8 年 11 月 16 日	〃	6,000 円	有・無	円
年 月	他道府県で受診した妊婦健診について記入。	円	有・無	円
年 月		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
年 月 日		円	有・無	円
都内で子宮頸がん検診受診票を使用していない場合で、都外の医療機関にて子宮頸がん検診を受けた場合に記入。		円	有・無	円
		円	有・無	円
		円	有・無	円
子宮頸がん検診実施日	検診医療機関名	負担額		
令和 8 年 5 月 22 日	○△病院	3,000 円		円
合 計				円

保険適用外(自費)負担のうち、助成金の対象となるもの

- 基本健診(問診、血圧測定、尿検査、保健指導等)
- 検査(血液型、貧血・血糖、不規則抗体、梅毒、風疹、H I V 抗体、B 型肝炎、C 型肝炎、クラミジア抗原、経膈超音波、H T L V - 1 抗体、B 群溶連菌、N S T)
- 超音波検査(経腹法)、子宮頸がん検診

※ 保険診療、妊娠確定のための検査、転院のための診察、文書料、予防接種、材料費等は対象外です。
また、助成金の対象となる項目でも、保険適用(原則 3 割負担)の場合には助成対象外です。