

里帰り等により都外医療機関で受診した妊婦健康診査又は新生児聴覚検査の費用の一部を助成します。※令和6年10月から都内助産所での妊婦健康診査受診票の使用が可能となりました。

1 制度の概要

妊婦健康診査受診票、妊婦超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん検診受診票、新生児聴覚検査受診票（以下、受診票という。）を使用できるのは、都内の妊婦健康診査又は新生児聴覚検査委託医療機関に限られています。そのため、都外医療機関で妊婦健康診査又は新生児聴覚検査を受診した場合は、申請により費用の一部を助成します。（助成対象は、受診票交付日以降かつ港区に住民登録がある間に受診したもの。ただし、海外で受診したものは対象外。また、新生児聴覚検査については、生後50日以内に実施する初回検査。）

2 助成金額

未使用の受診票の提出（返却）枚数の相当分について、下記の金額（都内の妊婦健康診査又は新生児聴覚検査委託医療機関で受診票を使用した場合の公費負担額と同額）を上限に助成します。実費が上限額に達しない場合は、実費が助成額です。助成対象は、原則、受診票に記載されている項目で、受診の際に要した費用のうち保険適用外の自己負担額です。（助産院の場合は、妊婦健康診査2回目から14回目のみが助成対象）

受診票 の内容	種別等	妊婦健康診査 受診票	妊婦健康診査 受診票	妊婦超音波検査 受診票	妊婦子宮頸がん検診 受診票	新生児聴覚検査 受診票
	枚数等	1回目	2回目から14回目	4枚	1枚	1枚
	色	水色	黄色	白色	桃色	白色
	助産院	×（助成対象外）	○	×（助成対象外）	×（助成対象外）	×（助成対象外）
助成額	2024年度 受診分	上限10,980円	上限5,140円	上限5,300円	上限3,400円	上限3,000円
	2025年度 受診分	上限11,280円	上限5,280円	上限5,300円	上限3,400円	上限3,000円

3 申請期間

出産した場合 （出産前に転出する場合）	<u>出産日から1年間</u> （4月1日に出産された方は翌年3月31日までです。） 出産前に港区から転出する場合は出産前に申請をすることができます。
出産に至らなかった場合	<u>最後の妊婦健診受診日から1年間</u>

※申請期間内であれば、港区から転出後でも申請できます。

4 必要書類

1	港区妊婦健康診査等費用助成金支給申請書（記入例は裏面を参照）
2	未使用の受診票（東京都内の区市町村発行のもの）
3	受診医療機関発行の領収書の <u>コピー</u> （保険適用外の自己負担額がわかるもの。新生児聴覚検査の助成申請をする際に、領収証が入院費等と合算の場合はその領収証をご提出ください。費用の明細書がある場合はそちらのコピーも添付してください。）
4	（妊婦健康診査の助成申請をする場合）母子健康手帳の8、9ページ「妊娠中の経過」のページの <u>コピー</u>
5	（新生児聴覚検査の助成申請をする場合）母子健康手帳の18ページ「検査の記録（新生児聴覚検査部分）」のページの <u>コピー</u>

5 申請窓口（申請方法）

- ・みなと保健所健康推進課地域保健係（郵送又は持参）
- ・各地区総合支所区民課保健福祉係（持参のみ）

6 助成金の支払い

助成金の支払いは、申請から約2～3ヶ月かかります。申請内容の審査結果については、通知書を送付し

裏面へ続く

ます。なお、書類に不備があった場合は支払いが遅れてしまうことがあります。

申請書記入例

申請者兼請求者		港区		申請日		年		月		日		
フリガナ	妊産婦氏名	住所	港区	生年月日	年	月	日	出生年月日	年	月	日	
電話番号				出産年月日	年	月	日	(港区から転出し、出産前に申請する場合は出産予定年月日)	年	月	日	
				(出産に至らなかった場合)最後の妊婦健診受診日	年	月	日					
提出する未使用の受診票	1回目(水色)	2~1.4回目(黄色)	超音波(白色)	子宮頸がん検診(桃色)	新生児聴覚検査(白色)							
それぞれ枚数を記入してください	枚	枚	枚	枚	枚							
未使用受診票	健診年月日	区分	健診額(A)	助成申請額(B)		申請額	保健所記入欄					
			(保険外診療のみ)	2023年度受診分	2024年度受診分	(B)のうち方の金額	決定額					
妊婦健康診査(水色1)	年 月 日	都外	円	10,880円	10,880円							
妊婦健康診査(黄色2)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色3)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色4)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色5)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色6)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色7)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色8)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色9)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色10)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色11)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
妊婦健康診査(黄色12)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円							
合計			円									
妊婦超音波検査(白色4)	年 月 日	都外										
子宮頸がん検診(桃色)	年 月 日	都外										
新生児聴覚検査(白色)	年 月 日	都外										
◆新生児聴覚検査の申請をしない場合は、該当の欄にしてください。(その他の場合は理由も記載してください。)	<input type="checkbox"/> 保険適用により検査を受けた。(NICU等)。(→他の助成制度(マル)で助成) <input type="checkbox"/> 受診した病院では、検査費用の本人負担がなかった。 <input type="checkbox"/> 都内の委託医療機関で受診票を利用して受診した。 <input type="checkbox"/> その他(理由:)											
振込先	金融機関名	銀行	信用金庫	口座番号	種別	普通	当座	口座名義人(※)				
		本店	支店	金融機関コード								
				支店コード								
(※) 振込先の口座名義人が、申請者兼請求者(妊産婦氏名)の旧姓の場合は、「(旧姓)」と補記してください。 (※) 振込先の口座名義人が、申請者兼請求者(妊産婦氏名)以外の場合は、下記の委任状に記入が必要です。												
私は、上記の口座名義人に妊婦健康診査等費用助成金の受領の権限を委任します。 年 月 日 申請者兼請求者(妊産婦氏名)												

港区から転出している場合は、転出前の港区での住所と転出後の新住所の両方を記入してください。

未使用の受診票の提出(返却)枚数を記入してください。

新生児聴覚検査の申請をしない場合はご記入ください。

振込先の口座名義人が妊産婦氏名(申請者兼請求者)以外の方の場合は、委任状の記入が必要です。
 ※妊産婦氏名(申請者兼請求者)の旧姓の場合は委任状の記入は不要ですが、口座名義人の欄に「(旧姓)」と併記してください。

よくあるご質問

- Q1 海外で妊婦健康診査を受けたのですが、助成の対象となりますか。
→国内制度として構築しているため、海外での妊婦健康診査の費用は助成の対象となりません。
- Q2 母子健康手帳に記載がない妊婦健康診査の費用も助成の対象となりますか。
→母子健康手帳交付日以降に受診したものは、対象となる場合がありますので、母子健康手帳に記載がない日の領収書のコピーもご提出ください。保健所で審査を行います。
- Q3 受診票をなくしてしまいました。どうしたらよいですか。
→盗難や火災など、不測の事態での再発行については対応します。その際は「妊婦健康診査受診票喪失届出書」を記入していただきます。書類については申請窓口でお受け取りください。

郵送
問い合わせ先

〒108-8315 港区三田 1-4-10
 みなと保健所健康推進課地域保健係
 (電話) 6400-0084 (FAX) 3455-4539