

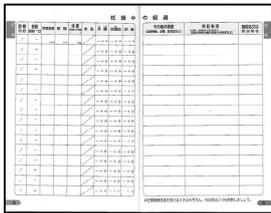
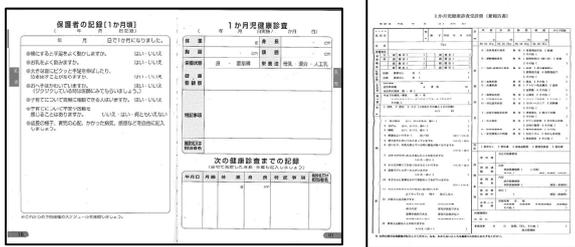
県外での里帰り出産を予定されている方へ

市で発行している妊婦健康診査受診券および新生児聴覚スクリーニング検査受診券、乳児健康診査受診券は**県外では使用できません**。

県外で受診される場合は健診費等を一度支払っていただき、その後、申請により償還払いをさせていただきます。



《申請に必要なもの》

| | 妊婦健康診査 | 新生児聴覚スクリーニング検査 | 乳児健康診査 | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--------|-------|----|-----------|-------|--|------------------------|-------|----------------------------|---------------|-------|--|---|
| 1 | 勝山市妊婦健康診査費償還払申請書 | 勝山市乳児健康診査費等償還払申請書・請求書 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 勝山市妊婦健康診査費償還払請求書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> 母子健康手帳の『妊婦健康診査の記録』  | <ul style="list-style-type: none"> 母子健康手帳の『新生児聴覚検査の記録』もしくは病院でもらった『聴覚検査結果』の写し <p style="text-align: center;">検査の記録</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査年月日</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>先天性代謝異常検査</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)</td> <td>年 月 日</td> <td>右 (バス・リファア) 左 (バス・リファア)</td> </tr> <tr> <td>リファア(要再検査)の場合</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 検査項目 | 検査年月日 | 備考 | 先天性代謝異常検査 | 年 月 日 | | 新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) | 年 月 日 | 右 (バス・リファア) 左 (バス・リファア) | リファア(要再検査)の場合 | 年 月 日 | | <ul style="list-style-type: none"> 母子健康手帳の『乳児健康診査の記録』または『乳児健康診査受診票(兼報告書)』  |
| 検査項目 | 検査年月日 | 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| 先天性代謝異常検査 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) | 年 月 日 | 右 (バス・リファア) 左 (バス・リファア) | | | | | | | | | | | | | |
| リファア(要再検査)の場合 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 領収書 ※医療費の明細書も発行してもらってください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 振込を希望する通帳 (または銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が記載されたページの写し) | | | | | | | | | | | | | | |

《その他》

- 償還払いは**自費診療のみが対象**となります。入院や追加検査等の保険診療での実費負担分は対象外となります。また、妊婦健康診査、乳児健康診査の上限額は県内での健診費および検査費と同様、新生児聴覚スクリーニング検査については勝山市の検査費と同様となります。
- 申請から支払までは1ヵ月程度かかります。産後2ヵ月までを目安に提出してください。
- ご不明な点がありましたら下記までご連絡ください。



お問い合わせ先：〒911-0035 勝山市郡町1丁目1-50

福祉健康センター「すこやか」②番入口

勝山市健康体育課 健康増進係 TEL 0779-87-0888