

# 川崎市妊婦健康診査費用の払い戻しについて

川崎市では、妊婦の皆様が健診を受ける際の窓口での費用負担の軽減を図ることを目的として、医療機関との契約を前提に補助券を御利用いただく助成方式により事業推進を図っておりますが、万一、契約締結ができない医療機関での受診や、健診費用が補助金額に達しない等により補助券が使えない場合には、払い戻しによる助成制度を御利用ください。

## 1. 助成対象

妊婦健康診査費用補助券を使用せずに受けた平成21年4月1日以降の妊婦健康診査の費用

- ・川崎市との契約をしていない医療機関等で受けた健診の費用
- ・補助券金額に達しなかった健診の費用 等

【※次のような場合は助成の対象ではありません。】

- 妊婦健康診査費用補助券を使用して受けた妊婦健康診査の自己負担分
- 妊娠判定のための診療および健康保険適用の診療

(注意) 払い戻しには領収書(原本)が必要です。払い戻し申請前に、確定申告等で領収書(原本)を提出すると、払い戻しができなくなりますので、先に払い戻しの申請手続きを行ってください。なお、申請で御提出いただいた領収書(原本)は後日、決定通知書とともに返送します。

## 2. 助成の内容

- ・健診費用の自己負担額と未使用補助券金額の低い方を助成額とします。(次頁参照)
  - ・一回の健診につき、未使用補助券1枚の利用となります。
- ※複数枚の未使用補助券を一回の健診費用に合算して申請することはできません。

## 3. 申請の方法

所定の申請書を記入の上、必要書類を添えて郵送にて申請してください。

(1) 提出書類 次の①～⑤を提出してください。⑥、⑦は該当の方のみとなります。

- ①川崎市妊婦健康診査費用助成申請書 必要事項(太枠内)を記入
- ②補助券を利用しなかった妊婦健康診査の費用領収書 ※原本をお送りください(写し不可)
  - ・氏名(申請者)、健診費用、健診日、健診実施機関名が明記されているもの
  - ・保険適用外の妊婦健診費用が分かるもの(既に助成を受けた健診の領収書は対象外)
- ③未使用の妊婦健康診査費用補助券
  - ・補助券上部枠内の妊婦記入欄に記入し、1回につき3枚複写を1セットとして申請回数分すべてを送付してください。
  - ・助産所分の健診費用の払い戻しには、未使用の補助券4,000円券の提出が必要となります。
- ④母子健康手帳4～7ページの「妊娠中の経過」の写し
- ⑤振込先の通帳の写し
  - ・通帳表紙ではなく、表紙裏面等の支店名、口座番号、口座名義人が記載されたページ。
  - ・ゆうちょ銀行指定の場合は、振込用の店名、預金種目、口座番号の記載が必要です。
- ⑥住民票(川崎市から転出、転入をされた方のみ)
- ⑦妊婦健康診査受診証明書(領収証や未使用補助券を紛失した方のみ)
  - ・健診実施機関で証明を受け、ご提出ください。※証明書発行費用は、自己負担となります。

(2) 郵送先 〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地  
川崎市市民・こども局こども本部こども家庭課 妊婦健診費用助成担当

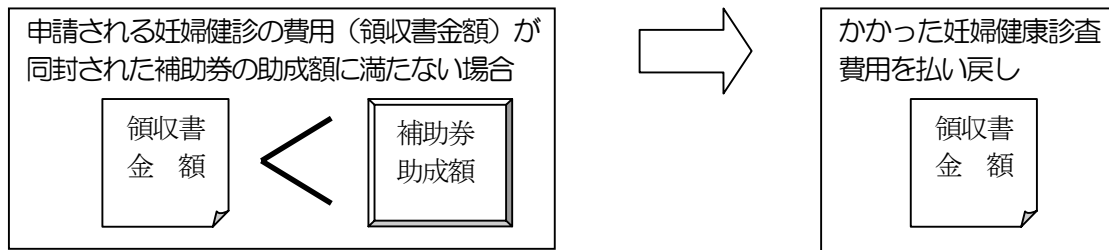
## 4. 申請期間

1回の妊娠での妊婦健康診査について、最後の妊婦健康診査の受診日から1年以内

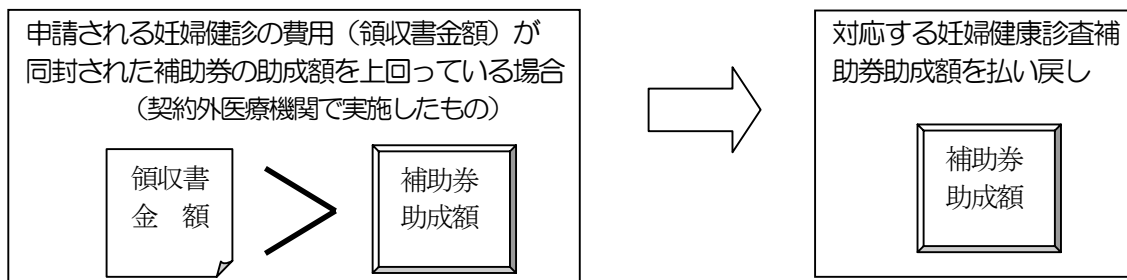
※分割しての申請も可能ですが、その際は申請ごとに申請書と添付書類が必要となります。

## 払い戻し金額の算定方法について【参考例】

◆払い戻し費用は、健診費用の自己負担額と未使用補助券金額の低い方となります。



例：領収書 妊婦健診（保険適用外）金額が3,500円  
補助券 4,000円券1枚が未使用の場合  
払い戻し金額 ⇒ 3,500円

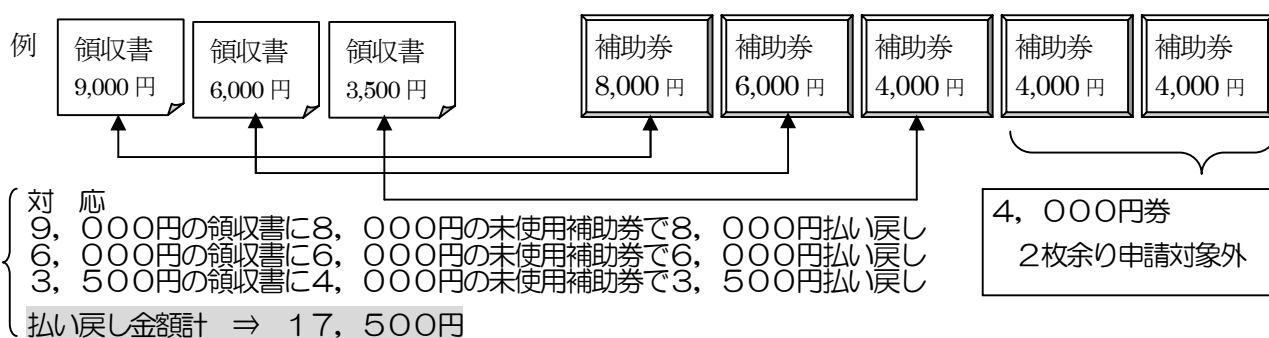


例：領収書 妊婦健診（保険適用外）金額が9,000円  
補助券 8,000円券1枚が未使用の場合  
払い戻し金額 ⇒ 8,000円

◆1回の健診分の領収書に対し1枚の未使用補助券が払い戻しの対象となります。

同封された領収書枚数と未使用補助券枚数が異なる場合は、審査の際、対応する補助券を決定いたします。

内容で領収書と補助券が異なった枚数で送付された際の例として、次のような審査を行います。



## 注意！

◎上の図の、「領収書」金額は、妊婦健康診査費用であり、妊娠判定のための診療や健康保険適用の診療にかかった費用は対象となりません。

◎また、「補助券」は、未使用補助券3枚複写セットで1回分の補助券とみなします。

複写3枚がそろわないものは、1回分の補助券となりませんのでご注意ください。

(あて先) 川崎市長

川崎市妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて妊婦健康診査費用の助成を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 (妊婦健康診査の受診者)

※1~3の**太枠内**を記入してください。

Form with fields for applicant details: 母子健康手帳番号, フリガナ, 申請者氏名, 申請者の現住所, 妊娠期間中の川崎市への転入転出の有無, 転入/転出の日付, 川崎市在住時の住所.

2. 振込先

Form for bank transfer details: 振込先, 金融機関名, 預金種別, 口座番号, 口座名義人, 本店・支店出張所. Includes a section for power of attorney.

3. 申請に必要な書類

※郵送する前に提出書類の確認をしてください。(確認欄)

Table for required documents: 補助券を利用しなかった妊婦健康診査の費用領収書 (原本), 未使用の妊婦健康診査費用補助券 (送付される補助券の欄に○をしてください.), 母子健康手帳 P4~P7の「妊娠中の経過」の写し, 振込先通帳の写し, 住民票, 受診証明書.

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報、妊婦健康診査費用助成事業以外の目的で利用することはありません。
※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、または給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部または一部を返還していただきます。

★[次頁も必ずご記入ください]★

川崎市受理印

申請日 年 月 日

助成を申請する、補助券を使用せず受診した妊婦健康診査の受診日・支払状況は下記のとおりです。

(妊婦健診を受診した人) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟ 表面と同じ印

助成を申請する、補助券を使用しなかった妊婦健康診査の受診日・支払状況記入欄

※ 太枠内を記入してください

受診年月日 (同日発行の領収書を同封)	同封領収書の健康保険適用外自己負担額	市 記 入 欄			
		領収書金額確認	対応補助券		決定助成額
			番号	金額	
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
年 月 日	円	円		千円	円
		助 成 額 計			円

**(注)助成の対象は平成21年4月1日以降の受診分となります。**