

川崎市妊婦健康診査費用助成事業実施要綱

制定 平成21年12月28日 21川市こ家第981号(市長決裁)

(趣旨)

第1条 この要綱は、川崎市妊婦健康診査実施要綱に基づき実施する妊婦健康診査費用の助成を、里帰り等の理由により健康診査実施機関への委託による方法で実施できない者、多胎児を妊娠した妊婦等に対し、健康診査費用を助成するために必要な事項を定めるものとする。

(対象となる健康診査)

第2条 助成の対象となる健康診査は、次の各号のいずれかに該当する健康診査とする。

- (1) 里帰り等の理由により、健康診査実施機関への委託による方法で受診せずに、自己負担により受診した妊婦健康診査
- (2) 多胎児を妊娠した妊婦が、交付された受診券の枚数分の回数を超えて受診した妊婦健康診査
- (3) その他市長が認めるもの。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、前条に定める健康診査を受診した日において本市に住所を有する妊婦とする。

(助成金額)

第4条 助成金額は、第2条に定める健康診査において、保険適用外の健康診査料として現に要した次の各号の費用とし、健康診査の受診日ごとに1回として算出する。

- (1) 交付された受診券の券面金額を上限とした費用
- (2) 多胎児を妊娠した妊婦の場合、前号の費用のほか、5回まで、1回あたり5,000円を上限とした費用

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、原則として、最後に健康診査を受診した日から起算して1年以内に、申請をすることができるものとする。

2 前項の申請においては、川崎市妊婦健康診査費用助成申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添付して申請するものとする。

(1) 対象となる健康診査についての健康診査実施機関発行の領収書及び診療明細書の写し

(2) 使用済みを含む妊婦健康診査受診券つづり

(3) 母子健康手帳の写し

(4) 通帳又はキャッシュカードの写し

(5) その他市長が必要と認める書類

3 前項の規定による申請は、市長が別に定める方法により川崎市簡易版電子申請サービスを利用して行うことができる。

4 紛失等により第2項第1号及び第2号の書類の添付ができない場合は、川崎市妊婦健康診査受診証明書（第2号様式）を添付するものとする。

5 助成を受けようとする者が母子健康手帳交付前に流産したことにより、第2項第2号及び第3号の書類の添付ができない場合に限り、それらの書類に代えて申立書（第3号様式）を添付するものとする。

(助成の決定)

第6条 市長は前条の規定による申請を受けた場合は、その内容を審査し、助成の可否を決定して、川崎市妊婦健康診査費用助成金交付決定通知書（第4号様式）又は川崎市妊婦健康診査費用助成金不承認決定通知書（第5号様式）により通知するものとする。

2 市長は、助成を決定する場合において必要があると認めるときは、当該決定に関し必要な事項について申請者に報告を求め、または申請者が受診した

医療機関又は助産所に照会するものとする。

(助成の方法)

第7条 市長は助成の交付決定を受けた者に対し、助成する金額を助成の決定を受けた者の指定する口座に振り込むことにより助成を行う。

(助成金の返還)

第8条 偽りその他不正の手段により助成を受けた者があるときは、市長は、その者にすでに助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(秘密の保持)

第9条 本事業の関係者は、秘密保持に最大の配慮を払うとともに、本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に利用しないものとする。

(委任)

第10条 本要綱に規定するもののほか、助成事業の実施に関して必要な事項はこども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成22年1月1日から施行し、平成21年4月1日以降に受診した妊婦健康診査について適用する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 旧要綱の規定により調整した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和元年５月３０日から施行する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

（経過措置）

- 2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和３年６月７日から施行し、令和３年４月１日以降に受診した妊婦健康診査について適用する。

（経過措置）

- 2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和４年３月１６日から施行し、令和４年４月１日以降の申請について適用する。

（経過措置）

- 2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和７年７月１日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の要綱（以下「新要綱」という。）の規定は、この要綱の施行の日以後に妊娠届を提出した妊婦について適用し、この要綱の施行前までに妊娠届を提出し補助券を交付された者（以下「経過措置対象者」という。）については、なお、従前の例による。
- 3 経過措置対象者が令和7年4月1日以降に健康診査実施機関への委託による方法で受診し、健康診査費用が補助券の券面金額以上となり、差額を自己負担した場合の妊婦健康診査のうち、市長が認めるものは助成の対象とすることができる。
- 4 前項に規定するほか、経過措置対象者が令和7年4月1日以降に健康診査実施機関への委託によらない方法で受診し、第2項による費用助成を受けてもなお、健康診査費用に自己負担が生じる妊婦健康診査のうち、市長が認めるものは追加で助成の対象とすることができる。
- 5 前2項において助成の対象となった者に対する助成金額は、交付された補助券の券面額を超えて自己負担した差額の合計と46,000円とを比較して、いずれか少ない額とする。
- 6 前3項により助成を受けようとする者は、原則として、最後に健康診査を受診した日又は令和7年7月1日のいずれか遅い日から起算して1年以内に、申請をすることができるものとする。
- 7 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

(申請日) 年 月 日

(宛先) 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。

母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)							母子健康手帳 別冊交付日	年	月	日	
フリガナ											
申請者氏名 (受診者)	(旧姓:)							生年月日	年	月	日
妊娠期間中の川崎市への転入・転出の有無	無 ・ 有 (年 月 日) 転入・転出										
申請者の現住所 連絡先	〒 — 電話 — —										
引越し先の住所 (該当の方のみ)	〒 — 引越し予定日 年 月 日										
多胎（双子・三つ子等）の方のみ記入	上記以外の母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)										
	使用した妊婦健康診査受診券の数（川崎市交付分）							枚			

2. 振込先

金融機関名								金融機関コード				
支店名								支店コード				
預金種別	普通	番号						フリガナ				
	当座								口座名義人			
※ 申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。												
----- 記 -----												
私は、次の者に妊婦健康診査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。												
受任者（口座名義人）						委任者（申請者）						
氏 名						氏 名						

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)

● 受診券を利用しなかった妊婦健康診査費用の領収書・診療明細書の写し	計 枚				
● 使用済みを含む妊婦健康診査受診券つづり					
(同封した受診券の枚数を記入)					
金額		30,000円	12,000円	9,000円	6,000円
枚数					計 枚
● 母子健康手帳P8～P9の「妊娠中の経過」の写し（未記入でも添付）	確認欄	☐			
● 振込先の口座番号の分かるものの写し（預金通帳、キャッシュカード等のコピー）	確認欄	☐			
◎ 受診証明書（領収書や受診券を紛失した方のみ）	確認欄	☐			
◎ 申立書（母子健康手帳交付前に流産した方）	確認欄	☐			

(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、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又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

※ 太枠内を記入してください

多胎用記入欄

川崎市妊婦健康診査受診証明書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

(健診実施機関の名称等)

所在地

施設名

電話番号

担当者名

(電話)

印

記名押印又は署名

次の妊婦健康診査費用助成申請者が、妊婦健康診査を受診し費用を支払ったことを証明します。

1. 申請者 (申請者記入)

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請者氏名			
申請者の現住所 ・電話番号	〒 ()		

2. 妊婦健康診査受診証明欄

◎受診券を紛失した場合は、受診券を使用した場合や、転院等により複数の機関で妊婦健康診査を受けた場合を含めて、すべての妊婦健康診査の受診日について証明を受けてください。

◎領収書または診療明細書を紛失した場合は、その領収書等の発行日の受診についてのみ証明を受けてください。

多胎用予備欄

	健診受診年月日	領収金額 (保険適用外の妊婦健康診査)	受診券の使用有無	
			無 (全額自費) ・ 有	有の場合の使用受診券
例	7 年 7 月 1 日	1 0 , 0 0 0 円	無 ・ 有	9 千円券
1	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
2	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
3	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
4	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
5	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
6	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
7	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
8	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
9	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
10	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
11	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
12	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
13	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
14	年 月 日	円	無 ・ 有	千円券
15	年 月 日	円	無	
16	年 月 日	円	無	
17	年 月 日	円	無	
18	年 月 日	円	無	
19	年 月 日	円	無	

(余白となりました欄には、斜線をお願いいたします。)

- (備考) 1. 本証明書は償還払い申請時に、健診機関発行の領収書及び未使用受診券を紛失した場合等に提出が必要となります。
2. 本証明書発行の手数料等が掛かる場合の費用については、申請者の自己負担となります。

(第3号様式)

申 立 書

母子健康手帳の交付前に流産したため、妊婦健診費用の払い戻しの申請に当たり必要書類を添付できないことを申し立てます。

(この申立書は上記以外の理由では使えません)

(健診実施機関記入欄)

次の者に対して、以下のとおり妊婦健診（妊娠判定に関する検査を除く）を実施したことを証明します。

年 月 日

所 在 地

健診実施機関名

印

記名押印又は署名

担 当 者 名

(電話)

心拍確認日 年 月 日

妊婦健診実施日 年 月 日 (週数 週 日)

年 月 日 (週数 週 日)

年 月 日 (週数 週 日)

記 入 日 年 月 日

申請者住所

申請者氏名

年 月 日

様

川崎市長

川崎市妊婦健康診査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった川崎市妊婦健康診査費用の助成について、次のとおり決定し、振込手続をしたので、通知します。

助成することとした金額 金 円

※上記金額は、指定された口座に振り込まれますが、入金されるまで数日掛かることがあります。

（助成決定金額の内訳）

領収書日付	補助上限額	未使用券	領収書金額 (保険適用外)	助成決定金額	領収書日付	補助上限額	未使用券	領収書金額 (保険適用外)	助成決定金額
令和 年 月 日	30,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
令和 年 月 日	12,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
令和 年 月 日	12,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
令和 年 月 日	12,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
令和 年 月 日	9,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
令和 年 月 日	9,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
令和 年 月 日	9,000 円				令和 年 月 日	6,000 円			
助 成 決 定 金 額 合 計									

【多胎用】

（助成決定金額の内訳）

領収書日付	補助上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成決定金額
令和 年 月 日	5,000 円		
令和 年 月 日	5,000 円		
令和 年 月 日	5,000 円		
令和 年 月 日	5,000 円		
令和 年 月 日	5,000 円		
助成決定金額合計			

お問合せ先

年 月 日

様

川崎市長

川崎市妊婦健康診査費用助成金不承認決定通知書

年 月 日で申請のあった川崎市妊婦健康診査費用の助成
について、不承認としたので通知します。

不承認とした理由	
----------	--

お問合せ先