

愛知県外医療機関または助産所で受診される方へ

愛知県外医療機関で妊婦・産婦・乳児健康診査及び新生児聴覚検査を受けた場合や、助産所で妊婦・産婦健康診査及び新生児聴覚検査を受けた場合に市が受診費用を補助します。

申請場所は春日井市役所 2 階 こども家庭支援課です。**受診日において春日井市に住民票を有する人が補助の対象です。**

※確定申告（医療費控除）をされる方は、先にこの申請を行ってください。

◆**補助金額** 各健康診査費の補助金額は、各受診票表面（右上）の**健診料補助額**のとおりです。

妊婦健康診査受診票

2025

第 1 回

8 週頃

健診料補助額

× × × 円

受診票番号	607 - ※請求の際は「-」を除き記入してください		
ふりがな	生年	昭・平	年 月 日
妊 婦 氏 名	月 日	(歳)	
住 所	春日井市 (電話)		
子どもの有無 (該当に○)	1 今回が初めての子ども 2 既に子どもがある	出 産 予定日	年 月 日
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 医療機関の長 様 春日井市長			

◆**対象となる検査** 各健康診査等受診票に記載してある検査

※記載項目以外の検査費用、保険診療での受診費用、薬剤料等は補助対象外です。

◆申請手続き

申請までの準備		(1) 各健康診査等受診票を提出し、健康診査等を受ける。その際に、「医療機関等様へのごお願い（裏面）」を提示する。 (2) 健診費用を支払い、「健康診査結果報告書（受診票の裏面）」に結果の証明を受ける。 (3) 健康診査等に係る領収書を受け取り、申請まで保管する。
申請	場所	春日井市役所 2 階 こども家庭支援課 午前 8 時 30 分～午後 5 時（土、日、祝日は除く） (窓口の状況によりお待ちいただくことがあります。)
	持ち物	(1) 各健康診査等受診票（裏面結果報告書に医療機関等が結果を記入したもの） (2) この健康診査等に係る領収書原本とそのコピー一式 (3) 振込先金融機関名、預金種別、口座番号及び口座名義人のわかるもの (口座は受診者本人（乳児は保護者）のもの) (4) 母子健康手帳

◆注意事項

- ・妊婦第 1・4・8・10・12 回、子宮頸がん検査、乳児健康診査受診票は助産所では使用できません。
- ・実施していない検査については、補助の対象になりません。
- ・医療機関によっては、この制度が利用できない場合があります。