

【 医療機関、助産所 各位 】

三重県津市健康福祉部健康づくり課

## 産婦健康診査にかかる費用助成について（依頼）

津市では、産婦健康診査にかかる受診費用の助成を実施しています。津市に住所を有する産婦が受診された場合は、お忙しいところ恐縮ですが、下記のとおりご対応いただきますようお願いいたします。

記

### 1 津市産婦健康診査の助成できる回数と金額について

対象者1人につき2回以内（1回目は産後2週間前後、2回目は産後1カ月前後で、受診期限は出産後62日以内）です。助成金額は各回上限5,000円で、健診費用と比べて低い額を助成します。

### 2 健診項目及び産婦健康診査結果票について

津市が交付する産婦健康診査結果票（以下「結果票」）にある健診項目について実施していただき、結果の記載をお願いします。結果票は、A票B票（受診者の助成申請用）、C票（医療機関、助産所の控え用）の3枚複写です。

### 3 助成方法について

下記の（1）もしくは（2）の方法でご対応ください。どちらの場合も、受診者に領収書等を発行してください。ただし、エジンバラ産後うつ病質問票によるこころのチェックの実施がない場合は、津市の産婦健康診査の対象になりません。

- （1）「津市産婦健康診査に係る権限の委任書」（以下「委任書」）を提出した受診者には、健診費用から助成額（上限5,000円）を差し引いた自己負担額を徴収してください。その後、別添の「報告書（兼）請求書」と記入済みの委任書、結果票（A票B票）を津市にご提出ください。産婦が委任書を持参されなかった場合は、見本に添付しました委任書を使用してください。
- （2）「津市産婦健康診査に係る権限の委任書」による対応が困難な場合、本人から健診費用全額を徴収してください。受診後に受診者からの津市の費用助成の申請に基づき津市から直接本人へ費用助成をします。（本人への助成金は上限5,000円です。）

### 4 検査項目の省略又は追加について

各回ともエジンバラ産後うつ病質問票によるこころのチェックの実施がない場合は、津市産婦健康診査の対象になりません。また、結果票に記載された検査項目以外の検査を追加した場合は、当該検査項目は助成の対象とはなりません。受診者には何回目の結果票を使用するかを確認の上、検査項目について十分に説明し、受診者の同意を得て健診をしていただきますようお願いいたします。

### 5 結果票の記載漏れに係るお願い

記載漏れがあった場合は、受診者の了解を得て、医療機関、助産所に健診内容のお問い合わせをすることがありますので、御協力をお願いします。

### 6 お問い合わせ先について

産婦健康診査について、御不明な点は下記へお問い合わせください。

津市役所 健康づくり課

〒514-8611 三重県津市西丸之内23-1

電話：059-229-3310 FAX：059-229-3346

# 津市産婦健康診査実施報告書（兼）請求書

産

医療機関の所在地及び郵便番号、名称、開設者氏名

津市長 あて

〒

住所

医療機関名

氏名

印

TEL

産婦健康診査費の助成金（令和 年 月分）の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 区分                           | 健診単価（円） | 件数（件） | 請求額（円） |
|------------------------------|---------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> 1回目 | 5,000 円 | 件     | 円      |
| <input type="checkbox"/> 1回目 | 円       | 件     | 円      |
| <input type="checkbox"/> 2回目 | 5,000 円 | 件     | 円      |
| <input type="checkbox"/> 2回目 | 円       | 件     | 円      |
| 計                            |         | 件     | 円      |

（注1）健診単価が5,000円未満の場合は、チェック欄に記入後、その額を請求してください。

|      |         |        |        |
|------|---------|--------|--------|
| 支払方法 | 振込先金融機関 |        |        |
|      | 1 口座振替  | (金融機関) | (店舗名)  |
|      | 2 小切手   |        | (預金区分) |
|      | 3 納付書   | 口座番号   | フリガナ   |
|      |         | 口座名義人  |        |

<請求書送付先>

〒514-1192 津市久居新町3006番地  
 津市久居保健センター（ポルタひさい1階）  
 TEL (059) 255-8865  
 FAX (059) 255-1999

|       |  |
|-------|--|
| 請求書番号 |  |
|       |  |