

妊婦健康診査等実施医療機関の皆様へのお願い

神戸市では、兵庫県外で受診した以下の健診や検査について、助成制度があります。

- 対 象：妊婦健康診査／産婦健康診査／新生児聴覚検査／1か月児健康診査
支 払 い：受診者（妊産婦）が貴院窓口でいったん全額支払い
申請方法：受診者が後日、神戸市へ申請
必要書類：貴院で実施した健診・検査の内容を記載した「受診券・助成券」（申請時に提出）
- つきましては、お手数をおかけしますが以下の2点にご協力をお願いいたします。

- ①受診券・助成券の【医療機関記入欄】への必要事項のご記入
- ②妊産婦に、記入済みの受診券・助成券、領収書、明細書（明細書がなければ省略可）の交付

●神戸市が交付する受診券・助成券の種類

1. 妊婦健康診査

助成券の種類	上限額/ 枚	枚数	備考
基本健診受診券	5,000円	※14枚	・1回の定期健診で1枚のみ使用できます。
血液検査等受診券①	15,000円	1枚	・受診券の「健診項目」に記載された血液検査を1項目以上実施した場合のみ使用できます。 ・1回の健診で、①・②・③のうちいずれか1枚のみ使用できます。
血液検査等受診券②	4,000円	1枚	
血液検査等受診券③	3,000円	1枚	
超音波等その他検査受診券①	3,000円	※4枚	
超音波等その他検査受診券②	2,000円	8枚	・1回の健診で複数枚使用できます。
多胎基本健診受診券 （多胎妊娠の方のみ）	5,000円	5枚	・1回の健診ごとに1枚のみ使用できます。 ・15回目以降の健診から使用できます。

※2026年10月1日以降、基本受診券が16枚、超音波等その他検査受診券①が6枚に変更になります。追加受診券をお持ちでない方がいらっしゃいましたら、神戸市ホームページを確認するようお願いください。

※基本健診券を使いきった後も、血液検査受診券および超音波等その他検査受診券を利用できます。

受診券の使用例

- 例 1) 定期健診(5,000円)とNST(1,500円)を実施 ⇒ 基本健診受診券1枚、超音波等その他検査受診券②1枚
- 例 2) 定期健診(5,000円)とGBS(2,500円)、NST(1,500円)を実施
⇒ 基本健診受診券1枚、超音波等その他検査受診券②2枚
- 例 3) 定期健診(5,000円)と超音波検査(4,000円)を実施。基本健診受診券を全て使いきっている場合。
⇒ 超音波等その他受診券②2枚
※超音波検査 4,000円分のみが助成対象。

2. 産婦健康診査

受診券の種類（上限額）	枚数	使用時期
産婦健診受診券(産後2週間券) (5,000円)	1枚	産後4週未満
産婦健診受診券(産後1か月券) (5,000円)	1枚	産後7週と6日(55日)以内

3. 新生児聴覚検査新生児聴覚検査

受診券の種類	枚数	助成上限額
新生児聴覚検査費用助成券	こども1人につき1枚	自動 ABR 検査 5,000 円 または OAE 検査 3,000 円

4. 1 か月児健康診査

受診券の種類（上限額/枚）	枚数	使用時期
1 か月児健康診査券(6,000 円)	こども1人につき1枚	生後 28 日から 41 日まで

●受診券・助成券の記入見本

超音波等その他検査受診券①（神戸市妊婦健康診査）
兼請求依頼書

上限 3,000 円

【本人記入欄】
No. 1
受診日現在の住民票 神戸市 区
※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。
・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に所属する医療機関）にあっては、神戸市医師会に委任します。
・不正があった場合、全額返還します。

氏名

【医療機関記入欄】
健診年月日 令和 年 月 日（妊娠 28 週）
健診項目（実施した項目にチェックしてください）
☒超音波検査 ☐血算検査
☐子宮頸がん検診（細胞診） ☐性器クラミジア検査
☒B 群溶血性レンサ球菌（GBS）検査
☒その他検査（ NST、血糖 ）
医療機関 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
所在地 A 県 B 市 C 町 1-2-3
名 称 D 病院
助成上限額を超過した方は、自己負担となります。
おつりはできません。

健診年月日、健診時の妊娠週数を記入してください。

実施された健診項目をチェックしてください。
実施した検査が受診券の検査項目に無い場合には、「その他」欄にチェックのうえ実施内容を記入してください。
保険適用外の検査のみチェックしてください。

所在地、医療機関名称等のゴム印を押印してください。

神戸市新生児聴覚検査費用助成券兼請求依頼書
自動 ABR 検査 5,000 円(上限)または OAE 検査 3,000 円(上限)
(生後 8 週未満に限る)

【保護者記入欄】
検査日現在の住民票 神戸市 区
※神戸市に住民票がない場合この券は使用できません。
・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に所属する医療機関）にあっては、神戸市医師会に委任します。また、検査の結果が神戸市に通知されることに同意します。
・不正があった場合、全額返還します。

保護者氏名

【医療機関記入欄】
受検児氏名 神戸 花子
生年月日 令和 年 月 日
以下、該当するものにチェックしてください。
検査方法 ☒自動 ABR ☐OAE
初回検査： 年 月 日(生後 日)
右 (☒パス ☐リファア) 左 (☐パス ☐リファア)
確認検査： 年 月 日(生後 日)
右 (☐パス ☐リファア) 左 (☐パス ☐リファア)
請求額 ☒自動 ABR 5,000 円(上限)又は ☐OAE 3,000 円(上限)
☒検査費用が上限を下回る
※右に金額を記入してください 4,000 円
医療機関 〒 -
所在地 A 県 B 市 C 町 1-2-3
名 称 D 病院
助成上限額を超過した方は、自己負担となります。おつりはありません。

受検児氏名及び生年月日を記入してください。

実施された検査方法をチェックし、検査日、検査結果を記入してください。

実施された検査方法にチェックしてください。
検査費用が上限額（自動 ABR5,000 円、OAE3,000 円）未満の場合は、実際の査金額を記入してください。

所在地、医療機関名称等のゴム印を押印してください。