

## 医療機関等様へのお願い

春日井市では、助産所や愛知県外の医療機関で妊婦・産婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査を実施された方に対して、対象となる健康診査費の一部（愛知県の委託単価を上限とする）を助成しています。（ただし、妊婦第1・4・8・10・12回、子宮頸がん検査、乳児健康診査、新生児聴覚検査は医療機関での受診のみ対象で、助産所での受診は補助対象外です。）

つきましては、お手数をおかけしますが該当する健診等を実費で実施していただき、次の書類を本人にお渡しくださいますようお願いいたします。

- 1 妊婦・産婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査結果報告書
  - (1) 本人が持参した「妊婦・産婦・乳児健康診査・新生児聴覚検査結果報告書」の太枠内をご記入ください。
  - (2) 所見欄は検査実施項目に☑をつけ、検査結果をご記入ください。
- 2 この健康診査に係る領収書
  - (1) 領収書の氏名は必ず受診者名にしてください。
  - (2) 産婦・乳児健康診査の領収金額が合算の場合、産婦・乳児健康診査それぞれの金額の内訳を欄外にご記入ください。

HTLV-1抗体検査（第8回）、性器クラミジア感染検査（第8回）、GBS（第10回）を他の回で実施した場合は、実施した回の「妊婦健康診査結果報告書」に検査項目及び結果を記入してください。ただし、再検査は対象外です。

（記入例）妊婦健康診査受診票「第2回」の健診時に、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア感染検査、GBSを実施した場合

健康診査 実施日	年 月 日 / 妊娠 週（ か月）
所 見	<p>*実施した項目に☑を付け、結果を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>基本健診</p> <p>◇尿蛋白 - ・ ± ・ + ・ ++ ~ 尿糖 - ・ ± ・ + ・ ++ ~</p> <p>◇血 圧 収縮期 / 拡張期 mmHg</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>次のように手書きで結構です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ HTLV-1抗体検査 (-)又は(+)</li> <li>・ 性器クラミジア感染検査 (-)又は(+)</li> <li>・ GBS (-)又は(+)</li> </ul> </div>

再検査の場合は、記入しないでください。

### 《注意点》

- \*各健康診査等受診票（表面）の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。
- \*お尋ねしたいことがある場合、本人の了承を得て、ご連絡させていただくことがあります。

### 《問い合わせ》

〒486-8686 愛知県春日井市烏居松町5丁目44番地 春日井市青少年子ども部子ども政策課  
TEL 0568-85-6170