

産婦・1か月児健康診査費用の助成（償還払い）について

鎌ケ谷市では、産後2週間、産後1か月などの出産後間もない時期の母親のこころとからだの健康を保つため、また、生後1か月前後の子どもの発育や発達、病気などの早期発見できるように健康診査の費用の一部を助成しています。

費用助成を受けられる方

○健診受診日に鎌ケ谷市に住民登録がある方
（令和6年4月1日以降に出産された産婦・出生した子ども）

受診票が使える委託医療機関等

鎌ケ谷市が委託している医療機関・助産所に限られます。

原則として、出産した医療機関・助産所での受診となります。

妊婦・乳児健診・新生児聴覚検査は使用できても、産婦・1か月児健康診査は使用できない場合があります。

委託医療機関等以外で受診する場合

全ての項目を実施した場合に限り、自己負担にて受診後、限度額の範囲内で助成します。
（償還払いの対象となります。）



償還払いの手続きについて

償還払いとは、一度費用を医療機関に支払った後、健康増進課に助成該当額を受け取るための手続きを行うものです。手続きを希望される場合は、下記の書類等を、総合福祉保健センター2階健康増進課窓口を持参して下さい。

①申請書 母子健康手帳交付時にお渡ししていますが、健康増進課窓口でも配布しています。

※鎌ケ谷市ホームページからもダウンロードができます。

②母子健康手帳 「出産後の母体の経過」「1か月児健診」の記録部分の写しをいただいております。

③鎌ケ谷市産婦健康診査受診票、鎌ケ谷市1か月児健康診査受診票（※記入例は裏面に記載）

○産婦健診の場合:「医療機関委託産婦健康診査受診票（2枚複写）」と「産婦健康診査質問票（質問票Ⅰ・質問票Ⅱ・質問票Ⅲ）」を受診した医療機関で記入してもらい、償還払い申請時に持参して下さい。

○1か月児健診の場合:「医療機関委託1か月児健康診査受診票（2枚複写）」を受診した医療機関で記入してもらい、償還払い申請時に持参してください。

※健康診査の結果が記入され、受診した医療機関の印が押されたものであるか確認してください。
記載漏れがある場合、申請できませんのでご注意ください。

④医療機関の領収書（写し）

保険適用外の健康診査費用であり、受診者氏名、健診年月日、領収金額、医療機関名の確認ができるものをお持ちください。窓口でコピーをとらせていただきます。

⑤銀行口座がわかる通帳やカード等（申請時に振込みを指定する口座）の写し

※ネットバンキングの場合は、口座番号の写し（コピー）をご持参ください。

⑥申請者の本人確認書類 運転免許書、マイナンバーカード、健康保険証等の写しをいただきます。

○申請受付開始は、令和6年6月1日からとなります。

○申請受付は、それぞれの健診日から2年間を経過する前日までとなります。

○複数回健診を受けた場合は、一括しての申請をお願いいたします。

○申請後は、審査の上、助成該当額を指定された銀行口座に振り込みます。

《問い合わせ先》 鎌ケ谷市役所健康増進課 母子保健係 電話 047-445-1393（直通）

※医療機関委託産婦・1か月児健康診査受診票の記入例

細枠内については医療機関で記入いただくようお願いしてください。

(受診結果の記入と医療機関の押印漏れがないようお願いします。)

鎌ヶ谷市提出用
鎌ヶ谷市産婦健康診査受診票(2週間・1か月) No. 000000

●太枠の中は保護者がご記入ください

産婦氏名 鎌ヶ谷市 健康結果を鎌ヶ谷市に提供し、産後の支援に活用されることに同意します。
(ふりがな) かんがや はな子
産婦氏名/署名 鎌ヶ谷 花子
生年月日 昭和(平成) 〇年 Δ月 ×日(〇〇)歳
住所 鎌ヶ谷市 新鎌ヶ谷 2-6-1
受診時住民票登録 鎌ヶ谷市に □有 □無
※受診日に鎌ヶ谷市に住民票がある方のみ利用できます。
電話番号 090-0000-XXXX (携帯) 445-1141 (自宅)
出産日 令和 ×年 Δ月 〇日 (初産) 経産

●医療機関で記入ください

産婦健康診査 受診結果
受診年月日 令和 〇年 Δ月 ×日 (産後 ΔΔ日)
回数・時期 (1回目・2回目) (2週間・1か月)
子宮復古 異常なし・所見あり ()
悪露 異常なし・所見あり ()
血圧/体重 (/ mmHg) (kg)
尿検査 蛋白 (-・±・+・2+・3+) 糖 (-・±・+・2+・3+)
授乳状況 母乳・混合・人工
乳癌の状態 分泌: 過多・普通・不良 ()
精神疾患の既往歴 なし・あり ()
質問票Ⅱ 合計 (点) 10 (点)
質問票Ⅲ 合計 (点) 3 (点) 5 (点)
その他 診察結果
判定 健康・要観察・要支援 (鎌ヶ谷市への連絡 済・未)
指導内容 1. 助言指導 2. 鎌ヶ谷市相談窓口の情報提供
3. 実施機関による経過観察 4. 精神科に関する情報提供
5. その他助言 ()

太枠内は妊婦さん
自身で記入

鎌ヶ谷市提出用
鎌ヶ谷市1か月児健康診査受診票 No. 000000

●太枠の中は保護者がご記入ください

医療機関委託1か月児健康診査受診票
乳児氏名 鎌ヶ谷 太郎 (男) 和暦 年 月 日
TEL 445-1141 女 6 4 1 生
住所 鎌ヶ谷市 新鎌ヶ谷 2-6-1 出生時 3 0 0 0 g
受診年月日 令和 ×年 〇月 ×日 受診時の月齢 × 月 〇 日

和暦 〇 年 〇 月 〇 日

(R Δ 年 〇 月 × 日 実施 / × 月 〇 日)

体重	g	身長	cm
頭圍	cm		
栄養状態	良・要指導	栄養法	母乳・混合・人工
診察	健康・要観察	ビタミンK2シロップ	済・未
要観察 詳細			
指導事項			

●医療機関で記入ください

◇医療機関委託1か月児健康診査料請求書
公費負担額 金 4,000 円 (4,000円が上限)
上記のとおり請求します。 R Δ 年 〇 月 × 日
医療機関名 〇〇産婦人科
所在地 ΔΔ市××町1-1-1
医師氏名 〇〇〇〇

上限額を超えた
場合は上限額を
記入

医師氏名がゴム印で
押されている場合は
必ず押印を押して
もらってください。

鎌ヶ谷市
産婦健康診査質問票

鎌ヶ谷市では、赤ちゃんやお母さんの体のことだけでなく、
出産後のお母さんのこころの状態を理解してサポートして
いきたいと考えています。今のお気持ちを記入ください。

氏名: 鎌ヶ谷 花子
出産日: 令和 Δ年 ×月 〇日
記入日: 令和 Δ年 ×月 〇日
※なるべく受診日当日に記載してください。

なるべく受診日
当日に
質問票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
すべて記載

この質問票は、実施機関をおとして鎌ヶ谷市に提出されます。
契約していない医療機関で受診し、助成金交付申請をするかたは、①質問票、
②受診票、③領収書、④明細書が申請時に必要です。

※医療機関のかたへ
委託契約の場合: 請求書、受診票とともに、鎌ヶ谷市に送付してください。
償還払いの場合: 受診票の項目をすべて実施した場合に限り、償還払いの
(助成金交付申請) 対象となります。母子健康手帳または受診票に結果を
記入のうえ、質問票と一緒に本人に渡してください。
問い合わせ先: 鎌ヶ谷市役所 健康増進課 母子保健係 ☎047-445-1393

質問票Ⅰ 育児支援チェックリスト

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

- 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か懸念があると言われていましたか?
はい いいえ
- これまでに流産や死産、出産後1年間にお母さんを亡くされたことがありますか?
はい いいえ
- 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか?
はい いいえ
- 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
①夫には何でも打ち明けることができますか?
はい いいえ 夫がいない
②お母さんには何でも打ち明けることができますか?
はい いいえ 実母がいない
③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか?
はい いいえ
- 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか?
はい いいえ
- 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか?
はい いいえ
- 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなった、またはあなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故があったことがありますか?
はい いいえ
- 赤ちゃんが、なぜか泣いたり、泣いたりしているのかが分からないことがありますか?
はい いいえ
- 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか?
はい いいえ