



(1回目) 妊婦健康診査(水色) (助産所は不可)				円 (A)	
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)			助成額 (aとbのうち低いほうの額)
		R6.4~ 受診分	R7.4~ 受診分	R8.4~ 受診分	
年 月 日	円	10,980円	11,280円	11,670円	円

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)				円 (B)	
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)			助成額 (aとbのうち低いほうの額)
		R6.4~ 受診分	R7.4~ 受診分	R8.4~ 受診分	
1 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
2 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
3 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
4 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
5 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
6 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
7 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
8 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
9 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
10 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
11 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
12 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円
13 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円

妊婦超音波検査(白色) (助産所は不可)			円 (C)	
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
1 年 月 日	円	5,300円	円	
2 年 月 日	円	5,300円	円	
3 年 月 日	円	5,300円	円	
4 年 月 日	円	5,300円	円	

妊婦子宮頸がん検診(桃色) (助産所は不可)			円 (D)	
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
年 月 日	円	3,400円	円	

新生児聴覚検査(白色)			円 (E)	
受診年月日を記入 (親子健康手帳P18参照)	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
年 月 日	円	3,000円	円	

産婦健康診査 ※令和8年4月1日以降出産分のみ			円 (F)	
受診年月日を記入 (親子健康手帳P15参照)	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
1 年 月 日	円	5,000円	円	
2 年 月 日	円	5,000円	円	

1か月児健診 ※令和8年4月1日以降出生分のみ・助産所は不可			円 (G)	
受診年月日を記入 (親子健康手帳P23参照)	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
年 月 日	円	6,000円	円	

<b>助成合計額(A~Gまでの合計)</b>			円	
------------------------	--	--	---	--