

産婦健康診査費用の償還払い制度（払い戻し）について

～屋久島町が契約していない医療機関で産婦健診を受診される場合～

屋久島町に住民票があり、県外等に里帰り出産される方で、屋久島町が契約をしていない医療機関で産婦健診を受診される方は、下記の手続きで産婦健康診査費用のうち公費負担対象額が助成（払い戻し）されます。

（＊支払額の全てが払い戻しの対象となるわけではありません。）



【助成額】

助成額には、1回の受診票ごとに上限があります（下記参照）。実際にかかった産婦健康診査費用（保険診療外分）が上限額より少ない場合は、その実費額を助成します。

回数	1回目（産後2週間）	2回目（産後1か月）
上限額	5,000円	5,000円

★受診から償還払い申請までのながれ★

- ① 受診する県外医療機関に、町からの依頼の手紙と産婦健康診査受診票を提出する。
- ② 産婦健診を受診し、健診費用を医療機関に支払う。
- ③ 領収書及び診療明細書（健診ごとに必要）と産婦健康診査受診票（屋久島町の発行した産婦健康診査受診票に県外の医療機関の医師が結果を記入したもの）を受け取る。
- ④ 産婦健診を受診した日の翌日から起算して1年以内に以下のものを持参のうえ、屋久島町福祉支援課へ申請する。（同一世帯員による申請も可能ですが、本人以外の口座へ振込み希望の場合は委任状が必要です。）
- ⑤ 審査後、後日「決定通知書」が送付され、振込口座に健診費用が振り込まれます。
※手続きから振り込みまで約1ヶ月かかります。

	申請に必要なもの	備考
1	屋久島町妊婦健康診査償還払い申請書兼請求書	申請書の太枠内だけ記入し、印漏れのないよう注意。 （支払額・請求額の欄は記入しないでください。） 本人以外の口座へ振込み希望の場合は委任状が必要
2	産婦健康診査受診票 ※ 2枚複写のうち、1枚目の色つきの受診票【A票】	※ 産婦健康診査受診票に医師が健診結果を記載したもの （担当医師等の捺印が必要） ※ 文書料がかかる場合もありますが、自己負担になります。
3	受診した医療機関の 領収書 及び 診療明細書	健診（受診票）ごとに必要（原本返却希望の場合は、申請書の「領収書の返却」の欄に○印をつけてください。）
4	振込先の通帳等	振込先の金融機関名・口座番号などがわかる通帳等の写し
5	母子手帳	「出産後の母体の経過」のページの写し
6	印鑑	シャチハタ不可

★問い合わせ先は・・・屋久島町役場 福祉支援課 子育て支援係
☎0997-43-5900
〒891-4207 鹿児島県熊毛郡屋久島町小瀬田 849 番地 20

記入例

第4号様式（第8条関係）

産婦健康診査費償還払申請書兼請求書

日付は何も記入しない

年 月 日

屋久島町長 様

申請者 住所 屋久島町尾之間157
氏名 屋久島 愛子 ㊞

次のとおり産婦健康診査を受診したので、償還払いくださるよう、関係書類を添えて申請します。

フリガナ	ヤクシマ アイコ	生年月日	平成7年7月7日生		
受診者氏名	屋久島 愛子				
住所	〒891-4404 熊毛郡屋久島町 尾之間157				
電話番号	自宅：47-2111		携帯 070-7777-7777		
申請 (請求) 内訳	健診種別	受診年月日	申請額	決定額	備考
	産後2週間健診	年 月 日	円	円	
	産後1か月健診	年 月 日	円	円	
	合計		円	円	

振込先	金融機関名	ゆうちょ 銀行・金庫・農協	本・支店名	七八八 本店(支店) 本所	
	口座種別	普通・当座	口座番号	1234567	
	フリガナ	ヤクシマ アイコ			
	口座名義人	屋久島 愛子			
上記受診費の申請に係る償還払いの受領に関することを次の者に委任します。					
受任者 住所		氏名 ㊞ 受診者との続柄 ()			
領収書の返却	希望する ・ 希望しない				
関係書類	1 産婦健康診査に要した費用の領収書及び診療明細書 2 産婦健康診査受診票				

備考 太枠のみ記入してください。

<個人情報の取り扱いについて>本申請書兼請求書に記入された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。

*代理の方が申請をする場合や振込先口座名義人が本人と異なる場合は、必ず委任状の記入をお願いします。

第4号様式（第8条関係）

産婦健康診査費償還払申請書兼請求書

年 月 日

屋久島町長 様

申請者 住所
氏名



次のとおり産婦健康診査を受診したので、償還払いくださるよう、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生		
受診者氏名					
住 所	〒 熊毛郡屋久島町				
電 話 番 号	自宅：	携帯			
申請 (請求) 内訳	健診種別	受診年月日	申請額	決定額	備考
	産後2週間健診	年 月 日	円	円	
	産後1か月健診	年 月 日	円	円	
	合 計		円	円	

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協	本・支店名	本店・支店・本所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
上記受診費の申請に係る償還払いの受領に関することを次の者に委任します。				
受任者 住所 氏名 ⑩ 受診者との続柄 ()				
領収書の返却	希望する ・ 希望しない			
関係書類	1 産婦健康診査に要した費用の領収書及び診療明細書 2 産婦健康診査受診票			

備考 太枠のみ記入してください。

<個人情報の取り扱いについて>本申請書兼請求書に記入された個人情報については、この目的以外には使用いたしません。

***代理の方が申請をする場合や振込先口座名義人が本人と異なる場合は、必ず委任状の記入をお願いします。**