

令和7年度 県外医療機関における 産婦健康診査の一部公費負担について

朝日町では、三重県外の医療機関で産婦健康診査を受けられた方に対して産婦健診費用の一部公費負担を行っております。

※受診日において朝日町に住民登録があり、母子保健のしおりの交付を受けている方に限ります。

《令和7年度 助成対象・助成限度額》

区分	助成対象	助成金の上限額
1回目	問診、質問票及び診察、	各 5,000 円
2回目	血圧・体重測定、尿化学検査	(すべての検査をした場合)

※指定の健診項目以外については、助成対象外（自己負担）です。

《申請に必要な書類等》

- 朝日町産婦健康診査費助成金交付申請書
- 産婦健康診査受診票（健診結果・実施医療機関名が記載されたもの）
- 領収書・診療明細書（原本）⇒原本はコピー後返却します。
- 母子健康手帳

【注意点】

- ・受診医療機関窓口にて「産婦健康診査受診票」を提出し、健診結果（**健診結果・実施医療機関名・医師名・押印**）の記入をしてもらってください。
- ・受診後、健診にかかった費用全額を医療機関窓口にてお支払いください。申請後、指定の口座に助成金を振込みます（振込まで約2か月かかりますので、予めご了承ください）。

《申請方法》

朝日町役場子育て健康課へ必要書類を提出してください。

《申請期限》

最終受診日の翌日から 1 年以内

※申請は、2 回目受診後にまとめて申請してください。