

## 産後健康診査費用・還付申請

※郵送による申請をされる方は、こちらのチェックリストを同封してください。

対象者チェックリスト	チェック欄
1. 健康診査費用が補助券に記載されている金額以下の場合、また本券が医療機関や助産院で使用できなかった場合であること	
2. 大和市に住民登録をしていること	
3. 出産日から1年以内であること ※すくすく子育て課の受理日を申請日とします。申請日が申請期日を超過した場合、消印日を申請日と判断します。	
4. 健康診査と「エジンバラ産後うつ病質問票」を実施していること	

申請に必要なものチェックリスト	チェック欄
1. 大和市産後健康診査費用助成申請書（第2号様式） ※対象者・申請者及び請求者・振込先口座名義人は、産婦本人となります。（配偶者は不可）	
2. 請求書（第4号様式） ※申請者名は産婦本人となります。	
3. 助成対象となる領収書の原本及び診療明細書 領収書合計_____枚      明細書_____枚	
4. 産後健康診査費用補助券（未使用分のみ） ※産後健康診査費用補助券は、産後2週間・産後1か月ともに3枚綴りとなっています。 産婦氏名、生年月日についてはご記入ください。	
5. 母子健康手帳の表紙のコピー、 および産後健康診査受診日の記載ページ（P15）のコピー	
6. 産婦本人名義の普通預金口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード）のコピー ※旧姓の口座は認められません。 ※名義と口座番号がはっきり認識できるようにコピーしてください。	

**【申請期限】**

窓口へ持参または、下記のあて先に郵送してください。

郵送の場合は差出し・配達記録が残る簡易書留や特定記録郵便などの利用をお勧めします。普通郵便で送付された書類の到達確認はお受けできない場合があります。

**【送付先・事務担当】**

〒242-8601

大和市鶴間1-31-7 大和市保健福祉センター2階

すくすく子育て課 母子保健係

電話 046-260-5609