



横手市「1か月児健康診査」について



対象者

・令和 8 年 4 月 1 日以降に生まれ、受診日に生後 27 日～6 週の乳児(受診時に横手市に住所登録のある方)
生後6週を超える場合は、受診前にお問合せください。

持ち物

- ① 1か月児健康診査受診票
受診前に表面「太枠」と裏面「1か月児健康診査問診票」を記入してください
- ② 母子健康手帳 ③おむつ、着替え

協力医療機関で受診する場合

・「1か月児健康診査受診票」を医療機関に提出して、健康診査を受診してください。
費用の支払いは不要です。

協力医療機関	住所	電話番号
市立横手病院	横手市根岸町5-31	0182-32-5001
平鹿総合病院	横手市前郷字八ツ口3-1	0182-32-5121
伊藤小児科・内科医院	横手市婦気大堤谷地添5-1	0182-23-8615
岡田小児科医院	横手市十文字町西原一番町 51-2	0182-55-2110
大曲厚生医療センター	大仙市大曲通町8-65	0187-63-2111
池田産婦人科クリニック	湯沢市両神142-3	0183-73-0100

協力医療機関以外で受診する場合

・医療機関に費用をお支払いいただいた後で、以下により横手市に申請書類を提出してください。
なお、申請期限は受診した日から1か月以内です。

【助成額】

6,000 円(ただし 6,000 円を下回った場合は支払った金額と同額)

【申請書類】

①妊産婦健康診査費・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費助成申請書兼請求書

記入例は裏面をご覧ください。

②1か月児健康診査受診票

医師の記載が必要です。必要な項目がすべて記載されているか確認してください。

③1か月児健康診査費用の領収書(原本)と診療明細書(原本)

【申請方法】 次のいずれかの方法で提出してください。

- ①健康推進課に直接提出もしくは郵送してください。
- ②保健師による赤ちゃん訪問の際、直接お渡しください。

◆お問合せ先◆

横手市健康推進課

住所 〒013-0044 横手市横山町 1-1(横手保健センター内)

電話 0182-33-9600

記入例

※添付書類が複数ある場合、1枚の申請書兼請求書
 でまとめて申請できます。

妊産婦健康診査費
 新生児聴覚検査費
 1か月児健康診査費

助成申請書兼請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

横手市長様

申請者 住所 横手市〇〇町〇〇
 氏名 横手 光子

委託医療機関以外で妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月健康診査を実施したので
 その費用について次のとおり助成申請及び請求します。

妊産婦氏名	← 妊婦さんの氏名 横手 光子											
児 氏名	← お子さんの氏名 横手 太郎											
住所	〒 横手市〇〇町〇〇 ← 住民票の住所 電話番号 ← 日中連絡の取れる番号											
受診医療機関名 医師名 (複数ある場合はすべて記入してください)	岩手〇〇病院 岩手 岩男 ← 複数ある場合はすべて記入してください その他の場合はご連絡ください。											
受診理由	里帰りのため・その他() ※費用額は空欄でお願いします。											
費用額	※ ¥ (内訳 別紙のとおり)											
振込先	金融機関	北都 銀行 信用金庫 農協				本店 横手 支店 出張所						
		銀行コード	▲	▲	▲	▲	支店コード	*	*	*		
	口座番号	普通・当座			0	0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ 口座名義	ヨコテ ミツコ 横手 光子				申請者ご本人の金融機関口座情報 をご記入ください。						

※添付書類 ①妊産婦健康診査・新生児聴覚検査結果 [使用した受診票 (医師の署名を要確認)]

②妊産婦健康診査・新生児聴覚検査費用の領収書・診療明細書

※費用額は市で記入します。