

請求できる費用の額

(円)

受診票種別		公費助成上限額(受診日別)			備考
		R4.4.1～ R6.3.31	R6.4.1～ R6.5.31	R6.6.1～	
妊婦 一般健康診査	第1回	22,920	23,700	23,660	血液検査・子宮頸がん検診含む。
	第2回～第14回	5,760	5,760	5,780	
	第15回～第19回 (多胎妊娠追加分)	(R5.4.1～) 5,760	5,760	5,780	助産所では使用できません。
	助産所受診	3,500	3,500	3,520	1、4、6、8、12、15～19回は助産所では使用できません。
妊婦超音波検査		1,500	1,500	1,500	※必ず妊婦一般健康診査受診票と一緒に使用すること。助産所では使用できません。
妊婦血液検査		1,830	1,830	1,830	
クラミジア抗原検査		2,330	2,330	2,280	
B群溶血性レンサ球菌検査 (GBS)		3,700	3,700	3,800	
産婦健康診査		5,000	5,000	5,000	健康状態・育児環境の把握、体重・血圧測定、尿検査、エジンバラ産後うつ病質問票のすべてを行ったものに限る。
乳児一般健康診査		6,280	6,280	6,390	助産所では使用できません。

【注意】令和7年4月1日時点の額。公費助成上限額は改定されることがあります。