

新生児聴覚検査を長野県外の医療機関等で受診する方へ

制度の概要

里帰り出産などの理由により、長野県内で「新生児聴覚検査受検票」（以下「受検票」）を使用できない方が、県外の医療機関で新生児聴覚検査を受検した際に自己負担をした、新生児聴覚検査費用（保険適用外分）を1人の児につき5,000円を上限に、長野市から助成（返金）する制度です。

助成対象の新生児聴覚検査受検後、以下の書類をご提出ください。

申請窓口 長野市保健所健康課

必要書類 書類は、新生児聴覚検査終了後、90日以内にご提出ください。

※期間内に間に合わない等ご事情がある方は、事前にご相談ください

1. 長野市新生児聴覚検査料請求書	請求者は保護者（扶養義務者）としてください。 請求額は未記入のままご提出ください。 振込先は保護者（請求者）名義の口座をご記入ください。 (振込名義人が <u>請求者以外</u> の場合は「委任状」が必要です。)
2. 新生児聴覚検査受検票（補助券） ※ 検査結果記載済のもの	県内で使用できなかった長野市交付の受検票 受検した医療機関で 検査結果を記載 してもらってください (裏面に記入例あり)
3. 医療機関発行の領収書（原本）・ 診療明細書	原本は、確認後お返しいたします。

申請後、審査により償還年月日及び金額が決まり次第、長野市から決定通知書を送ります。指定した口座への入金をご確認ください。

(お支払いまで、申請から1～2か月程度かかります。)

手続きに関する注意事項

1. 新生児聴覚検査に実際にかかった費用が対象です。初回検査及び確認検査を実施した場合は2回分を合わせて5,000円が支払い上限額となります。
2. 使用できなかった受検票は、請求時に必要ですので大切に保管してください。紛失した場合、お支払いできない場合があります。
3. 新生児聴覚検査受検票には、受検医療機関による受診結果の記載が必要です。検査結果の記載もれがある場合は、助成の対象外となります。
(受検前に、医療機関へ裏面説明文・記入例を提示し、対応についてご相談ください。)
4. 領収書は、受検者の氏名や医療機関名、受検年月日が確認できるものを提出してください。
※領収書等で検査項目等を確認できない場合、医療機関に確認する場合がありますのでご了承ください。
5. 保護者の住民票が「長野市」にある期間に受検したものが対象となります。住民票が長野市外にあった期間の受検分は補助対象になりません。住所地の市町村へお問い合わせください。

お問い合わせ先

〒380-0928 長野市若里6丁目6番1号（長野赤十字病院東側）

長野市保健所 健康課 母子保健担当 電話 (026) 226-9963

長野市ホームページから請求書を印刷できます。トップページの検索サイト内で「新生児聴覚検査」と入力してください。

(<http://www.city.nagano.nagano.jp/n106500/kosodate/p001430.html>)

《新生児聴覚検査を受ける医療機関に提示してください》

長野市在住者の新生児聴覚検査を実施する医療機関の方へ

長野市では、国が定める厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」に基づく新生児聴覚検査への助成を実施しています。

県外で受検した児の保護者には、受検後、自己負担した受検費用を当市に請求し、助成を受けることができます。請求の際、下記による新生児聴覚検査の結果の提出が必要となりますので、受検票に結果を記載し保護者にお渡しいただきますようご協力をお願いします。

1 助成対象となる健診内容（いずれかの方法で検査したもの）

- ・自動 ABR
- ・OAE

2 初回検査および確認検査まで（1人の児あたり5,000円が上限）

3 受検票の記入例

「医療機関記入欄」及び新生児聴覚検査請求額、請求年月日、医療機関番号、医療機関所在地・名称・医療機関の長名を記入してください。

(記入例)

助成内容	
<input type="checkbox"/> 初回のみ(1回)	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 上限 _____ 円
<input checked="" type="checkbox"/> 初回及び確認(2回)	<input type="checkbox"/> 全額 <input checked="" type="checkbox"/> 上限 5,000 円(総額) <input type="checkbox"/> 上限 _____ 円(検査単価)

- 長野県内の医療機関で受検された場合、検査料を助成します。
- 助成上限額を超えた額は保護者負担となります。また、検査料が助成上限額に満たない場合は、その額を請求してください。
- 実施したすべての検査の結果を記載いただきますようお願いいたします。

		初回検査	確認検査	
医療機関記入欄	検査日	R5年 4月 11日 (生後 3日)	R5年 4月 13日 (生後 5日)	
	分娩機関	<input checked="" type="checkbox"/> 同検査機関 <input type="checkbox"/> 他医療機関 (分娩機関名 : _____)		
	検査機器	<input checked="" type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE		
	検査結果	右	<input type="checkbox"/> パス <input checked="" type="checkbox"/> リファー(要再検)	<input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
		左	<input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)	<input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー(要再検)
指示事項	<input checked="" type="checkbox"/> 連絡事項なし <input type="checkbox"/> 連絡事項あり (_____) <input type="checkbox"/> 二次検査機関を紹介 (二次検査機関名 : _____)			

新生児聴覚検査料請求書

金 5,000 円

検査総額 10,000 円

(検査単価 5,000 円)

上記のとおり新生児聴覚検査を実施したので検査料を請求します。

長野県長野市長殿

医療機関番号

所在地

名称

医療機関の長

確認検査について、追加の費用徴収を行っていないければ検査総額は「5,000円」となります。
(事例は追加の費用徴収を行っている場合)

年 _____ 日 _____

