

妊娠高血圧症候群等の医療費助成を申請される方へ

(令和7年12月2日より適用)

1 対象者

板橋区に住所を有し、下記の病気にかかっている方で、別表の妊娠高血圧症候群等医療費支給対象者認定基準を満たし、医療機関に入院をして治療を受ける必要のある方で、次の1、2のいずれかに該当する方が対象です。

- 1 前年の世帯の所得税(※)が合算で30,000円以下の世帯に属する方
(※平成23年分より適用となりました扶養控除見直しについては、可能な限り影響が生じないように調整します。)
(※生活保護受給世帯の方は対象にはなりません。)
- 2 1以外の方で、入院見込期間が26日以上の方
(※退院後の申請の場合、妊娠高血圧症候群等の認定疾患に対する治療のための入院日数が26日に満たないと医療費の助成が受けられませんのでご注意ください。)

2 対象となる病気

妊娠により入院を必要とする次の疾病及びその続発症が対象です。

- 1 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患
- 2 糖尿病
- 3 貧血
- 4 産科出血
- 5 心疾患

*詳細については、別表「妊娠高血圧症候群等医療費支給対象者認定基準」をご確認ください。

3 手続き方法

各健康福祉センターに申請します。必要書類1、2、4の書式は健康福祉センターで受け取っていただくか、別添の書式を印刷してご使用ください。

1	医療費助成申請書	申請者が記入すること。
2	診断書	主治医が記入すること。申請時から3ヶ月以内に発行されたもの。
3	世帯全員の住民票	申請日前3ヶ月以内のもの。
4	世帯調書	申請者が記入すること。
5	世帯全員の所得税額を証明する書類 ※対象者欄で「前年の世帯の所得税が合算で30,000円以下の世帯に属する方」に該当し、申請される方のみ必要です。入院見込期間が26日以上の方は添付を省略できます。 ※配偶者控除がある場合、配偶者の証明書は不要です。	○会社等にお勤めの方→ 源泉徴収票の写し 1月から6月に申請する場合は前々年のもの 7月から12月に申請する場合は前年のもの ○自営業又は確定申告をした方→ 確定申告書の写し 1月から6月に申請する場合は前々年のもの 7月から12月に申請する場合は前年のもの ○所得税が課せられていない方又は上記書類が提出できない方→ 住民税課税(非課税)証明書 4月から6月に申請する場合は前年度のもの 7月から3月に申請する場合は今年度のもの

6	健康保険等の写し	<p>患者本人のもの。 以下のいずれかをご提出ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格確認書 ・マイナポータル画面(保険証情報)を印刷したもの <ul style="list-style-type: none"> ・記号・番号・枝番、氏名、生年月日、資格取得年月日、本人・家族の別、保険者番号、保険者名が確認できる画面を印刷してください。 ・プリンターがご自宅にない場合は、コンビニなどのプリントサービスをご利用ください(料金自己負担)。 ・プリンターでの印刷方法は、機種により異なりますので、パソコンやスマートフォン等の説明書を、コンビニでの印刷やマイナポータルの利用方法等は、各サービス提供者にお問い合わせください。
7	遅延理由書 ※申請日が退院日以降の場合のみ提出	申請者が記入すること。 <u>退院後の申請の場合、退院日から3ヶ月以内に申請してください。</u>

※退院後に申請された方は、医療券の送付時に医療費請求に必要な療養証明書・請求書の書式を送付致します。

4 公費負担額

医療保険を使って入院治療をした場合の自己負担額が助成されます。ただし、健康保険組合等で支給された高額療養費の自己負担限度額・給付額等を差し引きます。また、入院時食事療養費の標準負担額は、自己負担となります。

5 その他

手続きが遅れた場合は、医療費の助成が受けられないことがありますので、ご注意ください。

医療券を交付後、氏名・住所・健康保険証等について変更があったときや医療券を紛失・破損・汚損等したときは、再交付申請が必要となります。

6 申請窓口

板橋健康福祉センター	TEL 03-3579-2333	〒173-0014	板橋区大山東町32-15
上板橋健康福祉センター	TEL 03-3937-1041	〒174-0075	板橋区桜川3-18-6
赤塚健康福祉センター	TEL 03-3979-0511	〒175-0092	板橋区赤塚1-10-13
志村健康福祉センター	TEL 03-3969-3836	〒174-0046	板橋区蓮根2-5-5
高島平健康福祉センター	TEL 03-3938-8621	〒175-0082	板橋区高島平3-13-28

7 問合せ先

板橋区役所健康生きがい部健康推進課母子保健係 TEL 03-3579-2313

(別表) 妊娠高血圧症候群等医療費支給対象者認定基準

分 類	症 状
<p>1 妊娠高血圧症候群</p>	<p>次のうち、アに掲げる重症基準を満たす者又はイに掲げる重症基準に準ずる症状がある者</p> <p>ア 重症基準</p> <p>次の①、②いずれかの基準を満たす者</p> <p>① 収縮期血圧が 160 mm Hg 以上又は拡張期血圧が 110 mm Hg 以上の者</p> <p>② 収縮期血圧が 140 mm Hg 以上又は拡張期血圧が 90 mm Hg 以上の者のうち、2g/日以上以上の蛋白尿を認める者。(随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して 3+ (300 mg/dℓ) 以上の場合。)</p> <p>イ 重症基準に準ずる症状</p> <p>原則として、次の①から③のいずれかの症状がある者</p> <p>① 浮腫が全身に及ぶ者</p> <p>② 2g/日以上以上の蛋白尿を認める者。(随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して 3+ (300 mg/dℓ) 以上の場合。)</p> <p>③ 収縮期血圧が 140 mm Hg 以上又は拡張期血圧が 90 mm Hg 以上の者のうち、300 mg/日以上以上の蛋白尿を認める者。(随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して + (20-50 mg/dℓ) 以上の場合。)</p> <p>(2) 子 癇</p> <p>妊娠 20 週以降に初めてけいれん発作を起こし、てんかんや二次性けいれんが否定される者 (妊娠子癇、分娩子癇、産褥子癇)</p> <p>(3) その他の妊娠高血圧症候群関連疾患</p> <p>肺水腫、脳出血、常位胎盤早期剥離、HELLP 症候群</p>
<p>2 糖尿病及び妊娠糖尿病</p>	<p>次に掲げるアからウのいずれかを満たす者</p> <p>ア 妊娠前から糖尿病と診断された者</p> <p>イ 妊娠糖尿病と診断された者</p> <p>妊娠中、75g 経口ブドウ糖負荷試験において次の①から③のいずれかを満たす者。ただし、ウと診断された者は除く。</p> <p>① 空腹時血糖値：92 mg/dℓ以上</p> <p>② 負荷後 1 時間値：180 mg/dℓ以上</p> <p>③ 負荷後 2 時間値：153 mg/dℓ以上</p> <p>ウ 妊娠時に診断された明らかな糖尿病の者</p> <p>妊娠中、次の①から④のいずれかを満たす者</p> <p>① 空腹時血糖値：126 mg/dℓ以上</p> <p>② HbA1c(NGSP)が 6.5%以上(又は HbA1c(JDS)が 6.1%以上)である者</p> <p>③ 確実な糖尿病網膜症を認める者</p> <p>④ 随時血糖値又は 75g 経口ブドウ糖負荷試験の 2 時間値が 200 mg/dℓ以上であって、空腹時血糖又は HbA1c により確認された者</p>
<p>3 貧 血</p>	<p>血色素量がおおむね 9g/dℓ以下の者</p>
<p>4 産科出血</p>	<p>産科出血による多量の出血 (1ℓ以上の分娩時出血) で輸血その他の応急処置を必要とする者</p>
<p>5 心 疾 患</p>	<p>先天性又は後天性の心疾患を有し、心不全、肺水腫、心内膜炎、心房細動等の病態の悪化が認められる者</p>