＜委託外医療機関＞

種別	健診内容	助成限度額
第1回目	1. 問診及び診察 2. 尿化学検査 3. 保健指導 4. 血液検査【血液型等】 5. 梅毒血清反応検査 6. HIV抗体価検査 7. 風しんウイルス抗体価検査 8. 末梢血液一般検査【貧血等】 9. グルコース検査 10. B型肝炎抗体検査 11. C型肝炎抗体検査 12. 不規則性抗体検査 13. 超音波検査 14. 子宮頸部がん検診 15. その他、医師が必要と認める検査	25,350円 （子宮頸部がん検診を行わない場合は、21,750円）
第2～6回目 【超音波あり】	1. 問診及び診察 2. 尿化学検査 3. 保健指導 4. 超音波検査 5. その他、医師が必要と認める検査	1回の妊娠につき1回限り 11,080円
第2～14回目	1. 問診及び診察 2. 尿化学検査 3. 保健指導 4. その他、医師が必要と認める検査	1回につき 3,780円
第6～14回目 【HTLV-1あり】	1. 問診及び診察 2. 尿化学検査 3. ヒトT細胞白血病ウイルス【HTLV-1】抗体検査 4. 保健指導 5. 末梢血液一般検査 6. グルコース検査 7. 超音波検査 8. その他、医師が必要と認める検査	1回の妊娠につき1回限り 17,520円

第6～14回目 【GBSあり】	1. 問診及び診察 2. 尿化学検査 3. B群溶血性レンサ球菌【GBS】検査 4. 保健指導 5. 末梢血液一般検査 6. 超音波検査 7. その他、医師が必要と認める検査	1回の妊娠につき1回限り 16,930円
クラミジア	クラミジア検査 （第1～14回目のいずれかの健診のときに同時に検査）	1回の妊娠につき1回限り ＋1,880円
多胎妊娠用	上記の健診14回を超えて、別途5回まで 1. 問診および診察 2. 尿化学検査 3. 保健指導 4. その他、医師が必要と認める検査	1回につき 3,780円

＜県外助産所＞

種別	内容	助成限度額
第1回目	（助成対象外）	（助成対象外）
第3～14回目	1. 問診および診察 2. 尿化学検査 3. 保健指導	1回につき 3,780円
第2回目 【超音波あり】 第6～14回目 【HTLV-1あり】 【GBSあり】 クラミジア	（助成対象外）	（助成対象外）
多胎妊娠用	上記の健診14回を超えて、別途5回まで 1. 問診および診察 2. 尿化学検査 3. 保健指導	1回につき 3,780円