无锡市免费新生儿疾病筛查

报销凭证

产妇姓名 住院号 床号

分娩日期 年 月 日 产妇户籍地 市 区 街道

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 筛查项目（打√或×） | | | 筛查日期 | 筛查者 |
| 三种遗传代谢性疾病筛查  （105元） | 苯丙酮尿症 |  |  |  |
| 先天性甲状腺功能减低症 |  |
| 先天性肾上腺皮质增生症 |  |
| 听力障碍初筛（100元） | |  |  |  |
| 先天性心脏病筛查（10元） | |  |  |  |

分娩机构（盖章）：

说明：

1．本凭证须盖有分娩机构公章方有效，一孩一份，遗失不补，复印无效。

2．报销对象：在本市医疗保健机构分娩、截止分娩日期具有本市户籍或居住证的且符合国家生育政策的产妇所生新生儿。

3．报销携带材料：①本凭证②下列材料原件和复印件：涵盖新生儿疾病筛查收费项目的出院费用清单、孕产妇身份证和户口本（本地户籍）/居住证（非本地户籍）、生育服务证。

4．时间地点：本次妊娠分娩后半年内（过期不受理），本地户籍至孕产妇户籍所在地社区卫生服务中心，非本地户籍至孕产妇常住地社区卫生服务中心。