

記入例

事業主経由 → JSR健康保険組合
資格喪失後給付の方は、付加金の請求はできません。

直接支払制度・受取代理制度
を利用せず、出産したとき

□ 出産育児一時金請求書 □ 出産育児一時金付加金請求書

※訂正したときは、必ず「訂正」のうえ訂正印を押印して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	記号	**	番号	***	被保険者氏名	健保 太郎			係	事務長	常務理事	
	被保険者の現住所	〒 ***-**** 三重県四日市市〇〇町****					任意継続の方は「任意継続」と記入して下さい。	事業所の名称	〇〇〇〇				
	被扶養者(家族)の出産の場合のみ記入して下さい。	氏名	健保 花子			続柄	妻		被扶養者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 **年**月**日 <input type="checkbox"/> 令和			
	被扶養者が出産したときその者の	出生年月日	令和 **年**月**日			出生児数	2		死産・流産	<input type="checkbox"/> 死産 <input checked="" type="checkbox"/> 流産			
	出産の状況	死産・流産のときはその旨を記載					妊娠	ヶ月(週)		死産・流産			
	出生児の氏名	(多胎出産の場合は氏名等を併記)					死産・流産児については記入不要です。	健保 一男 ・ 健保 春子		医療機関名	〇〇産婦人科		
	振込希望口座(被保険者名義)(日本国内口座)	金融機関コード	店番コード	種目	口座番号(右ゾム)		口座名義(カタカナで記入)		ケンボ タロウ				
	金融機関コードは「4桁」、店コードは「3桁」の数字です。	種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座										
	支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所											
	金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協											

押印不要

給与厚生担当課(喪失後・任意継続の方は健保)へ提出する日を記入して下さい。

忘れずに押印して下さい。(シャチハタ可)

添付書類見本

※フォーマットは医療機関等によって異なる場合があります。

* 合意文書の例

各病院等の入院予約時などに妊婦と交わす直接支払制度合意文書の例(参考)

当院では、できるだけ現金でお支払いいただくため、21年10月からは「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」をご利用いただくことを原則としております。

○妊婦の方がご加入されている医療保険者に、当院が妊婦の方に代わって出産育児一時金(※)を請求いたします。手続きについては手数料はいただきません。(※)家族出産育児一時金、共済の出産費及び家族出産費を含みます。

○退院時に当院からご請求する費用について、原則42万円の一時金の範囲内で、現金等でお支払いいただく必要がなくなります。

・出産費用が42万円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。

・出産費用が42万円未満で取った場合は、その差額を医療保険者に請求することができます。

※当院が医療保険者から受け取った一時金の額の範囲で、妊婦の方へ一時金の支給が済んだものとして取り扱われます。

○帝王切開などの保険診療を行った場合、②割の窓口負担をいただきますが、一時金を③割負担のお支払いにも充てさせていただきます。

○この仕組みを利用なさらず、一時金を医療保険者から受け取りたい場合には、お申し出ください。その場合、出産費用の全額について退院時に現金等でお支払いいただくことになります。(妊婦の方へのお願い)

①入院時に保険証をご提示ください。また、入院後、保険証が変更された場合には、速やかに変更後の保険証をご提示下さい。

※退院後半年以内の方で、現在は国民健康保険など退院時とは別の医療保険にご加入の方は、在院時の医療保険から給付を受けることもできます。その際は、退院時に交付されている資格喪失証明書を保険証と併せて提示ください(詳細は以前のお勧め先にお問い合わせください。)

②妊婦診等により帝王切開など高額な保険診療が必要とわかった方は、加入されている医療保険者に「限額適用認定証」等を申請し、お会計の際にご提示下さい。ご提示いただければ、一般に③割の窓口負担が「¥80,100+かかった医療費の1%」に軽減されます(所得により異なります)。入院時にお持ちでない方は、退院時までにご入手ください。

限額適用認定証等をお持ちにならないと請求額が高額になることもありますので、忘れずにお持ち下さい。

以上説明を受け、〇〇〇(保険者名)から支給される一時金について、直接支払制度を利用することに合意いたします。

被保険者(世帯主) 平成 年 月 日
氏名
医療機関等使用欄 (出産予定日) 〇/〇
直接支払制度不適用 口

・退院時に交付されます。
・文書料は請求されませんが、紛失等により再交付する場合は有償の場合があります。
・直接支払制度を利用しない場合でもその旨の合意文書を取り交わすことになります。

合意しなかった場合、その旨の記載に変更されます。

* 費用領収明細書の例

平成21年10月10日

金 462,000 円也(妊婦合計負担額)
(代理受取額42万円につき、現金精算は42,000円)

・出産年月日:平成〇〇年△△月〇〇日(出産児数:●人)

自費分	保険分
入院料(10月1日~10月10日)	初・再診料(略)
75,000 円	入院料等(略)
薬料差額(月日~月日)	医学管理等(略)
0 円	検査(略)
分娩介助料 -	画像診断(略)
分娩料 260,000 円	投薬(略)
新生児管理保育料 60,000 円	注射(略)
検査・薬剤料 10,000 円	処置(略)
処置・手当料 10,000 円	手術(略)
産科医療補償制度 30,000 円	麻酔(略)
その他 12,000 円	診断群分類(DPC)(略)
合計額 457,000 円	食事療養(略)
	合計額(略)
	負担額<一部負担金等> 5,000 円

※上記負担額は、専用請求書上「その他」の費用として計上しています。

上記のとおり領収いたしました。なお、専用請求書の内容と相違ありません。

医療機関等名称
医療機関等所在地 印

産科医療補償制度加入分娩機関で出産した場合は、領収明細書に所定の印*が押印されているものを提出して下さい。所定の印がない場合は産科医療補償制度「未加入」と判断し40,8万円の支給になりますので、ご注意下さい。



医師・助産師又は市区町村長の証明欄	出生年月日	令和 年 月 日	生産死産の別	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヶ月・週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	出生児の氏名	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)		
	令和 年 月 日	医療機関の名称・所在地	医師・助産師名 ㊟		
市区町村長の証明欄	本籍	筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	市区町村長名 ㊟		

医師又は助産師が記入

市区町村(役場)にて記入

いずれかの証明を受けて下さい。両方の証明は必要ありません。

- <添付書類>
- 医療機関等から交付される出産費用の「領収明細書」の写し(産科医療補償制度加入分娩機関で出産した場合は所定の印が押されたもの)
 - 医療機関等から交付される代理契約に係る「合意文書」の写し
 - ※海外で出産された場合は、上記添付書類は不要です。外国語で書かれている書類は翻訳して提出して下さい。
- <注意事項>
1. 多胎出産の場合でも、1枚で請求して下さい。(出生児の氏名、性別、続柄を併記して下さい)
 2. 医師・助産師又は市区町村長の証明を受けて、事業所給与厚生担当課経由で、喪失後給付受給者および任意継続被保険者の方は、健保組合へ提出して下さい。

忘れずに、添付をお願いします。(添付書類見本参照)
また、添付書類は必ず「写し」をご提出下さい。
「原本」を提出されても返却できませんので、ご注意下さい。