

この届出は、「直接支払い制度」を利用しなかった場合、
または医療機関等に支払った金額が 50 万円未満の場合に提出してください。

出産育児一時金等内払金支払依頼書

記入例

この依頼書には、出産した医療機関等から交付された①②のコピーを添付してください。

- ①『出産一時金の医療機関直接支払制度利用合意文書』
- ②『領収明細書』（産科医療補償制度加入機関 印のあるもの） ← 記入例の明細書見本を参照ください

・ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。
※この申請書は、給付金の請求を円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。
※個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。
※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

| 健康保険証の | | 被保険者氏名 | | 勤務地・所属名・連絡先 | |
|--|-----------|--|--|--|--|
| 記号 | 番号 | | | | |
| 2 0 0 0 | 9 9 9 9 9 | 健保 太郎 | | 勤務地: 八尾 SAS) 総務部 連絡先 TEL: 8-570-999999 | |
| 出産した方 | | | | | |
| 続柄 | | 氏名 ※本人の場合記入不要 | | 生年月日 (満年齢) | |
| ・本人 ・妻 | | 健保 花子 | | 昭和 平成 5 年 10 月 10 日 令和 (満 30 歳) | |
| 請求者署名捺印 | | | | | |
| 上記のとおり請求します。 シャープ健康保険組合理事長 令和 5 年 3 月 15 日 私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。 | | 〒 123 - 4567 住所 八尾市北亀井町1-2-3 電話番号 050 - 1234-5670 氏名 健保 太郎 | | 健保 | |
| 備考欄 | | 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) | | | |

| 出産した方の氏名 | 出産日 | 出産胎児数 | 出産の状態 |
|------------------------|----------|--------------------|---|
| | 令和 年 月 日 | ・単胎 ・多胎(2・3・4)児 | ・生産 ・死産[妊娠 週目(日目)] ・流産[妊娠 週目(日目)] |
| 上記の通り相違ありません 令和 年 月 | | | |
| 出産した医療機関で、証明を受けてください | | | |
| 医師・助産師 氏名 | | | 印 |

| 申請種別 | 全額・内払先・内払後 |
|------------|------------|
| 産科医療保障制度 | 有・無 |
| 直接支払制度 | 有・無 |
| 支払額 | 円 |
| 単胎 | 円 |
| 多胎(2・3・4)児 | 円 |

健保受付日

事業主受付日

健保記入欄

見本

領収・明細書

※医療機関等によって様式（名称）が異なります。

患者 ID ×××

氏名 ニッコウ ハナコ
日興 花子
生年月日 平成〇〇年〇月〇日
① 出産年月日 令和〇〇年〇月〇日

② 出産児数 1人

入院日数 7日

③ 直接支払制度 対象

④ (※) 明細書の内容は専用請求書と相違ありません

⑤ 「産科医療補償制度の対象分娩です。」

出産日・出産児数は必ず表示が必要です。

※表示が誤っていた場合は医療機関等に訂正を依頼してください。（訂正後の領収明細書の添付が必要です。）

発行日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療法人〇〇会

医療機関名〇〇〇産婦人科医院

医療機関所在地 東京都中央区日本橋小網町〇-〇

産科医療補償制度の加入機関で「妊娠週数 22 週以降」の出産である場合「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が、印字やスタンプにより明記されます。この文言があることにより R5 年 4 月 1 日からは「48 万 8 千円 + 1 万 2 千円 = 50 万円」が給付されます。妊娠週数 22 週以降の出産であるのにこの文言がない場合は、医療機関等にご確認ください。（付加金は 24 万 4 千円 + 6 千円 = 25 万円の給付）

※別の書類（領収書等）に明記されている場合があります。その場合は、文言が明記された領収書等のコピーも合わせて添付してください。また、旧文言で「産科医療補償制度加入機関」と印字やスタンプにより明記されている場合もあります。

明細内訳

| 入院料 | 室料差額 | 分娩介助料 | 分娩料 | 新生児管理保育料 | 産科医療補償制度 |
|---------|------|-------|---------|----------|----------|
| 103,010 | 0 | — | 184,300 | 60,000 | 12,000 |

| 検査・薬剤料 | 処置・手当料 | その他 | 一部負担金 | | |
|--------|--------|-------|--------|--|--|
| 3,320 | 0 | 9,190 | 17,180 | | |

合計内訳

| 妊婦合計負担額 | 代理受取額 |
|---------|---------|
| 389,000 | 389,000 |

⑥

【領収・明細書について】 ①～⑥が確認できるものに限りします。

- ① 出産年月日
- ② 出産児数
- ③ 直接支払制度の利用有無についての記載（産科医療補償制度の掛け金 1 万 2 千円の記載）
- ④ 専用請求書と相違ない旨が明記されていること。
- ⑤ 産科医療補償制度の制度加入機関での出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が、印字またはスタンプで明記されていること。
- ⑥ 代理受取額（差額がある場合は、差額と付加給付金があわせて支給されます。）