【C 提出書類確認表】「C 出産費・家族出産費 差額・附加金請求書（直接支払制度利用）」

組合員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【送付先】 日本郵政共済組合共済センター 給付担当
〒330-9792 埼玉県さいたま市中央区新都心３－１
℡：0120-97-8484（平日 9:00-18:00）

請求書類に必要事項を記入し、添付書類及び本紙をあわせて**「給付担当」あて**に送付してください。

◆ ご確認ください ◆

☐ **出産された方が組合員本人又は被扶養者の場合に請求できます。**
（対象ではない場合、出産された方が加入されている保険組合等へお問い合わせください。）

☐ 差額の支給について、**差額送金手続後**に医療機関等にて**代理受取額が変更になった場合、過払金又は過不足金が生じあらたに手続きが必要**となりますので、医療機関等から金額変更の通知を受けた場合は、速やかに当共済組合へご連絡をお願いします。

☐ 送金先の給与口座が人事システムの登録氏名と相違している場合、送金不能となりますのでご注意ください。

☐ 当該給付の給付事由が生じた日の翌日から２年以内に請求を行わないときは給付を受ける権利が消滅しますのでご注意ください。

必ずチェック欄に☑をしてご提出ください。

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
1	C 出産費・家族出産費 差額・附加金請求書 （直接支払制度利用）**（原本）**	☐	①出産者は組合員本人又は被扶養者である。 ②組合員氏名は直筆で記入している。（旧姓及び通称は記入不可） ③消えないボールペンで漏れなく記入している。
2	医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書（合意文書）**（写し）**	☐	①直接支払制度の利用に合意している旨が記載されている。 ②保険者名が、「日本郵政共済組合」である。 又は、「31110281」の保険者番号の記載がある。 ③被保険者名が、組合員本人の氏名である。 ④記入日が、出産者の資格認定日以降の日付である。 ⑤医療機関等名の記載がある。
3	医療機関等から交付される**出産費用の内訳を記した明細書（写し）** （入院診療費明細書、医療費明細書等の投薬や処置が記載された書類の添付は不要です。）	☐	**①代理受取額の記載があり、代理受取額が法定給付額（※1）未満である。（※2）** ②出産年月日及び出産児数が記載されている。 ③直接支払制度利用について、「する」の記載がある。 ④産科医療補償制度の対象分娩又は対象外の分娩の記載があり、金額（12,000 円又は 0 円）も明記されている。

ご提出いただいた添付書類はお返ししませんので、必ず「写し」をご提出ください。

《死産の場合は上記書類とあわせて下記書類をご提出願います》

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
4	埋火葬許可証（写し）	☐	出産者氏名、分娩年月日、妊娠週数等が記載されている。

※1 【法定給付額（1 児につき）】

産科医療補償制度に加入の医療機関等で妊娠週数 22 週以降の出産	500,000 円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産又は妊娠週数 22 週未満の出産	488,000 円

※2 代理受取額が1児につき、**上記法定給付額を超過している場合は差額の支給はありません。**
「B 出産費・家族出産費 附加金請求書（直接支払制度利用）」をご提出ください。

（日本郵政共済組合　給付担当）

共済組合処理欄		
共済組合処理欄	出産育児一時金　　年　　月　　日（基金）	

C　出産費・家族出産費 差額・附加金請求書（直接支払制度利用）

組合員番号（＝社員番号8桁）	組 合 員 氏 名（自署）	組合員の生年月日
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（和暦）　年　月　日生
住所	（〒　－　）	
連絡先TEL	（勤務先） （自　宅） （携　帯）	所属（局・部・支店・課）
請求日（記入日）	令和　年　月　日　以下のとおり請求します。	

請 求 内 容 記 入 欄			
出産者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （組合員本人または被扶養者の氏名）	出産者の生年月日	（和暦）　年　月　日生
出産年月日	令和　年　月　日	組合員からみた出産児の続柄	子　・　孫　・　その他（　）
出産児数	人	死産の場合	死産児数　人　妊娠日数　日
差　額 請 求 額	法定給付額（※1参照）　円 ― 代理受取額（明細書に記載）　円 ＝ 差額請求額　円		
附 加 金 請 求 額	40,000（1児につき40,000円）　円 × 出産児数　人 ＝ 附加金請求額　円		

【注】妊婦合計負担額が法定給付額を超えた場合は差額給付金はありません。「B 附加金請求書」をご提出ください。
差額給付金がない場合、決定通知書（附加金のみの記載）を以って審査結果通知とします。

《退職後の出産の場合ご記入ください。》※2			
資格喪失後6か月以内の出産ですか	はい　・　いいえ ※「いいえ」の場合は請求できません	現在加入の保険組合等の名称	

請求に必要な添付書類（『添付書類の一例』をご確認ください。）

- ☐ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）（写し）
- ☐ 医療機関等から交付される出産費用の内訳を記した領収・明細書（写し）

※ご提出いただいた書類はお返ししませんので、必ず「写し（コピー）」をご提出ください。

決定通知書等送付先	共済組合に**登録されている**組合員ご本人の自宅住所（居住地住所）へ**郵送します**。
送金先	共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座（給与口座）へ送金します。
送金日	ホームページに記載の「短期給付金送金スケジュール」をご確認ください。（概ね請求書受領日の2か月後です。） 但し、差額の給付がない場合は、附加金送金日と同様になります。（出産月の4～5か月後です。）

注　妊娠4か月（85日）以上の出産、死産、人工妊娠中絶が出産費・家族出産費・附加金の支給対象です。

※1 【法定給付額（1児につき）】

産科医療補償制度に加入の医療機関等で妊娠週数22週以降の出産	50万円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産又は妊娠週数22週未満の出産	48.8万円

※2　組合員の資格を喪失した日の前日までに1年以上組合員期間があり、退職後6か月以内に出産した場合、退職後出産するまでの間に他の組合の資格を取得していなければ、出産費を請求することができます。但し、現在ご加入の保険組合と重複して請求できません。

共済組合処理欄	受付		審査	1	2	入力	1	2	決定額	差額　円
										附加　円

shussan_C_chokusetsu_sagaku

（日本郵政共済組合　給付担当）

共済組合処理欄		
共済組合処理欄	出産育児一時金　　年　　月　　日（基金）	

C　出産費・家族出産費 差額・附加金請求書（直接支払制度利用）

組合員番号（＝社員番号8桁）	① 組合員氏名（自署）	組合員の生年月日
0 1 2 3 4 5 6 7	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ｷｮｳ ｻｲ ﾊﾅ ｺ 共　済　花　子	（和暦） 平成 ○ 年 10 月 10 日生

② 住所	（〒 141 －○○○○） 東京都品川区東五反田○－○		
連絡先TEL	（勤務先） 048－○○○－○○○○ （自　宅） 03－○○○○－○○○○ （携　帯） 090－○○○○－○○○○	所属（局・部・支店・課）	○○郵便局　○○課
③ 請求日（記入日）	令和 ○ 年 4 月 1 日　以下のとおり請求します。		

請求内容記入欄

④ 出産者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ｷｮｳ ｻｲ ﾊﾅ ｺ 共　済　花　子 （組合員本人または被扶養者の氏名）	出産者の生年月日	（和暦） 平成 ○ 年 10 月 10 日生
出産年月日	令和 ○ 年 3 月 10 日	組合員からみた出産児の続柄	(子)・孫・その他（　　）
出産児数	1 人	死産の場合	死産児数　人　妊娠日数　日

⑤ 差額請求額	500,000 法定給付額（※1参照）	円 －	407,000 代理受取額（明細書に記載）	円 ＝	93,000 差額請求額	円
附加金請求額	40,000 （1児につき40,000円）	円 ×	1 出産児数	人 ＝	40,000 附加金請求額	円

【注】妊婦合計負担額が法定給付額を超えた場合は差額給付金はありません。「B 附加金請求書」をご提出ください。
差額給付金がない場合、決定通知書（附加金のみの記載）を以って審査結果通知とします。

⑥ 《退職後の出産の場合ご記入ください。》※2			
資格喪失後6か月以内の出産ですか	はい ・ いいえ ※「いいえ」の場合は請求できません	現在加入の保険組合等の名称	

⑦ 請求に必要な添付書類（『添付書類の一例』をご確認ください。）

- ☑ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）（写し）
- ☑ 医療機関等から交付される出産費用の内訳を記した領収・明細書（写し）

※ご提出いただいた書類はお返ししません ので、必ず「写し（コピー）」をご提出ください。

⑧		
決定通知書等送付先		共済組合に**登録されている**組合員ご本人の自宅住所（居住地住所）へ**郵送します**。
送金先		共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座（給与口座）へ送金します。
送金日		ホームページに記載の「短期給付金送金スケジュール」をご確認ください。（概ね請求書受領日の2か月後です。） 但し、差額の給付がない場合は、附加金送金日と同様になります。（出産月の4～5か月後です。）

注　妊娠4か月（85日）以上の出産、死産、人工妊娠中絶が出産費・家族出産費・附加金の支給対象です。

※1 【法定給付額（1児につき）】

産科医療補償制度に加入の医療機関等で妊娠週数22週以降の出産	50万円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産又は妊娠週数22週未満の出産	48.8万円

※2 組合員の資格を喪失した日の前日までに1年以上組合員期間があり、退職後6か月以内に出産した場合、退職後出産するまでの間に他の組合の資格を取得していなければ、出産費を請求することができます。但し、現在ご加入の保険組合と重複して請求できません。

共済組合処理欄	受付		審査	1	2	入力	1	2	決定額	差額　円
										附加　円

shussan_C_chokusetsu_sagaku

・差額給付金がある（妊婦合計負担額が法定給付額未満）場合、こちらの様式にご記入ください。
　差額給付金がない（妊婦合計負担額が法定給付額以上）場合、「B 出産費・家族出産費附加金請求書」をご提出ください。
・消えないボールペンで漏れなくご記入ください。書き間違いの際は修正テープを使用せず二重線で訂正ください。
・出産者の方が組合員本人又は被扶養者の場合に請求できます。

①	組合員氏名	組合員氏名を**直筆**にてご記入ください。 注）①人事システムに登録の氏名をご記入ください。（旧姓及び通称でのご請求はできません。） ②ご夫婦ともに組合員の場合は、出産された方の氏名をご記入ください。
②	住所	「居住地住所」をご記入ください。 注）転居等で登録住所が相違している場合は、勤務先へ届け出ください。 決定通知書は、登録住所（居住地住所）へ郵送します。
③	請求日	「出産年月日」以降の日付で請求書を記入した日付をご記入ください。
④	出産者氏名	出産された方の氏名をご記入ください。 注）①出産児の氏名ではありません。 ②出産された方が組合員本人又は被扶養者ではない場合は請求できません。
⑤	請求金額	①「差額請求額」について (ｱ)「法定給付額」は請求書下段の※1をご確認のうえ、500,000円又は488,000円をご記入ください。 (ｲ)「代理受取額」は医療機関から発行された「出産費用明細書」に記載されている『代理受取額』の金額をご記入ください。 (ｳ)「差額請求額」は (ｱ)「法定給付額」から (ｲ)「代理受取額」を引いた金額です。 **※ 上記金額が「0」又は「マイナス」になった場合、差額の給付はありません。「B 出産費・家族出産費附加金請求書」をご提出ください。** ②「附加金請求額」は1児につき、40,000円です。 ※今回請求する出産に関しての児数です。 出産費用明細書 合計内訳 妊婦合計負担額 407,000　代理受取額 407,000
⑥	退職後の出産の場合	退職後のご請求は、請求書下段※2をご確認ください。
⑦	必要添付書類	『添付書類の一例』をご確認ください。 注）①ご提出いただいた書類はお返ししませんので、必ず「**写し（コピー）**」をご提出ください。 ②必要添付書類以外の「診療報酬明細書」、「医療費明細書」及び「診療費請求書兼領収書」等は**添付不要**です。
⑧	送金先及び送金日	①給与口座の『口座名義人』氏名が人事システムの登録氏名と相違している（旧姓である等）場合、送金不能となりますのでご注意ください。 ②送金日はホームページに掲載の「短期給付金送金スケジュール」を予定しており、概ね請求書受領日の2か月後です。

※　記入漏れ、記入間違いや送付漏れの書類がある場合は、書類の返送や電話連絡を行う場合があります。その際は送金が遅れる場合がありますのでご了承ください。
電話連絡の場合、0120-97-8484の番号が表示されます。

添付書類の一例
（C 差額・附加用）

【医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）】の例

※医療機関等によって名称及び様式が多少異なります。

見本

出産育児一時金等の直接支払制度利用合意書

当院では、できるだけ現金でお支払いいただかなくて済むよう、21 年 10 月からはじまった「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50万円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50万円円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。
・ 出産費用50万円円未満で収まった場合は、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あった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、3 割の窓口負担をいただきますが、一時金をこの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。
※ 退職後半年以内の方で、現在は国民健康保険など退職時とは別の医療保険にご加入の方は、在職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、退職時に交付さ
書を保険証と併せ提示ください（詳細は以前のお勤め先にお問い

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
に「限度額適用認定証」等を申請し、お会計の際にご提示
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
に据え置かれます（所得により異なります）。入院時にお持ちでない
までにご入手ください。

限度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
お持ち下さい。

以上説明を受け ○ ○ ○ ○ 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。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者（世帯主） 氏名 ○ ○ ○ ○

医療機関等使用欄

○○産婦人科医院
院長 ○○ ○○

（出産予定日） ○/○
直接支払制度不活用 □

「日本郵政共済組合」又は「31110281」の保険者番号が記載されていることが条件です。

「直接支払制度を利用する」旨が記載されていることをご確認ください。

「医療機関名」が記載されていることをご確認ください。

出産者の方の資格取得日又は被扶養者認定日以降の日付であることをご確認ください。

「被保険者（組合員本人）名」の記入が必要です。

【医療機関から交付される出産費用の内訳を記した明細書】の例

※医療機関等によって名称及び様式が多少異なります。
例：分娩費用明細書、出産育児一時金明細書、領収明細書等

見本

出産費用明細書

東京都品川区△△
○○産婦人科医院
03-○○○○-○○○○

発行日	氏　名
令和○年○月○日	共済　花子

「出産年月日」「出産児数」「直接支払制度を利用する」等記載されていることをご確認ください。

出産日	出産児数	直接支払制度利用	産科医療補償制度
令和○年○月○日	1 人	する	対象

入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料
		180,000	
新生		産・手当料	産科医療補償制度掛金
			12,000

妊婦合計負担額	代理受取額
407,000	407,000

産科医療補償制度加入機関スタンプ

「12,000円」（1児につき）の記載がある場合、法定給付額は500,000円。
掛金の記載が「0」又は無い場合は、法定給付額は488,000円。

明細書の内容は専用請求書と相違ありません。

代理受取額が法定給付額（500,000円又は488,000円）の場合は、差額の給付はありません。