

出産費・家族出産費請求書 (直接支払制度 差額請求用)

組合員証番号				組合員氏名 (フリガナ)				組合員生年月日 (和暦)			
								年 月 日生			
所属 (局・部・支店・課)						連絡先					
						(勤務先) _____ (自宅) _____ (携帯) _____					

請求内容記入欄											
出産年月日 (和暦)		年 月 日			組合員からみた 出産児の続柄		子・孫・その他()				
出産者氏名 (フリガナ)		出産者 生年月日					(和暦) 年 月 日生				
出産児氏名		一 児 (フリガナ)		二 児 (フリガナ)		三 児 (フリガナ)					
妊娠4か月(85日)以上の死産(人工中絶手術を含む)・流産の場合に記入 <注1>				死産・流産 <input type="text"/> 胎				在胎日数 <input type="text"/> 日			
出産場所 (医療機関名等)				請求額				円			

《被扶養者の出産の場合に記入》				《元組合員の出産の場合に記入》			
出産時において日本郵政共済組合の 被扶養者の資格を有していますか		はい ・ いいえ		資格喪失後 6か月以内の出産		はい ・ いいえ	
被扶養者認定後 6か月以内の出産		はい ・ いいえ		資格喪失年月日		(和暦) 年 月 日	

上記のとおり請求します。

日本郵政共済組合様 (和暦) 年 月 日

請求者 郵便番号 住所 氏名 印

【添付書類】
 以下の書類は必ず必要です。この請求書と併せて提出してください。
 ① 「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)の写し
 ② 「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」の写し

注1 出産とは、妊娠4か月(85日)以上の胎児の娩出をいい、正常出産のほか、異常出産(早産、死産、流産)や母体保護法に基づく妊娠4か月(85日)以上の胎児の人工中絶手術をしたときも、出産費・家族出産費の対象となります。胎児が4か月(85日)未満で死亡していたときには対象とはなりません。

注2 医療機関等から社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会を通して共済組合に請求され、代理受取額(組合員又は被扶養者の出産費用)として共済組合から支給される出産費・家族出産費が42万円(産科医療補償制度による1.6万円の加算対象出産でない場合は40.4万円)未満の場合は、42万(又は40.4万円)と代理受取額との差額を支給します。

送金先	ゆうちょ銀行	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
-----	--------	-----------------------------------

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	入力	決定額

給付事由が生じた日の翌日から起算して2年間請求を行わないときは、給付を受ける権利は時効となります。

出産費・家族出産費請求書 (直接支払制度 差額請求用)

組合員証番号								組合員氏名				組合員生年月日			
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ) キョウサイ タロウ				(和暦) 平成 ○○年 11月 20日生			
所属 (局・部・支店・課)								連絡先							
○○郵便局 ○○課								(勤務先) 048-000-0000				(自宅) 03-0000-0000			
								(携帯) 090-0000-0000							

該当する場合は、どちらか○で囲み胎数・在胎日数を記入してください。

出産年月日 (和暦) 令和 ○年 8 0 日				組合員からみた出産児の続柄 子・孫・その他()			
出産者氏名 (フリガナ) キョウサイ ハナ				出産者生年月日 (和暦) 平成 ○○年 10月 10日生			
出産児氏名 (フリガナ) キョウサイ ヒカリ		二児		三児			
妊娠4か月(85日)以上の死産(人工中絶手術を含む)・流産の場合に記入 <注1>				死産・流産 <input type="checkbox"/>		胎 在胎日数 <input type="checkbox"/> 日	

出産場所 (医療機関名等)	鶴亀産婦人科医院	請求額	13,000 円
---------------	----------	-----	----------

《被扶養者の出産の場合に記入》	
出産時において日本郵政共済組合の被扶養者の資格を有していますか	はい ・ いいえ
被扶養者認定後 6か月以内の出産	はい ・ いいえ

上記のとおり請求します。

請求者 郵便住 氏名 共済太郎

請求額は一児につき※42万(40.4万)から、出産費用明細書に記載の代理受取額を引いた額です。
 ※産科医療補償制度加入状況により変わります。
 例 420,000円-407,000円=13,000円 請求額です。

合計内訳	代理受取額
妊婦合計負担額 407,000	407,000

印漏れ注意!

- 【添付書類】**
 以下の書類は必ず必要です。この請求書と併せて提出してください。
- ①「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)の写し
 - ②「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」の写し

注1 出産とは、妊娠4か月(85日)以上の胎児の娩出をいい、正常出産のほか、異常出産(早産、死産、流産)や母体保護法に基づく妊娠4か月(85日)以上の胎児の人工中絶手術をしたときも、出産費・家族出産費の対象となります。胎児が4か月(85日)未満で死亡していたときには対象とはなりません。

注2 医療機関等から社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会を通して共済組合に請求され、代理受取額(組合員又は被扶養者の出産費用)として共済組合から支給される出産費・家族出産費が42万円(産科医療補償制度による1.6万円の加算対象出産でない場合は40.4万円)未満の場合は、42万(又は40.4万円)と代理受取額との差額を支給します。

送金先	ゆうちょ銀行	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
-----	--------	-----------------------------------

共済組合	受付	審査	1	2	入力	決定額
------	----	----	---	---	----	-----

添付書類の一例

【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)】

見本

※ 医療機関等によって様式(名称)が多少異なります。

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ことなく済むよう、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となります。

＜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、退職時に交付されている資格喪失証明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合わせください。)
- ② 妊婦健診等により、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「限度額適用認定証」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「¥80100+かかった医療費の1%」に引き下げられます(所得により異なります)。入院時にお持ちでない方は、退院時にご提示ください。
限度額適用認定証
ので、忘れ

「日本郵政共済組合」と記入されていることが条件です。

以上説明を受け、○ ○ ○ ○ ○ 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。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者(世帯主)
医療機関等使用欄

氏名 ○ ○ ○ ○

医療法人 ○○会
○○産婦人科医院
理事長 ○○ ○○

「医療機関名、
代表者名の記入
及び押印」
が必要です。

(出産予定日) ○/○
直接支払制

「被保険者名」の記入が必要です。
出産者名ではありません。

【医療機関から交付される出産費用明細書】

見本

※ 医療機関等によって様式(名称)が多少異なります。

領収・明細書

患者ID 発行日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
氏名 共済 花子 医療機関名 医療法人 ○○会
生年月日 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 医療機関所在地 ○○産科婦人科医院
出産年月日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 電話番号 札幌市○区○条○丁目○-○
出産児数 1人
入院日数 7日
直接支払制度 対象
(※) 明細書の内容は専用請求書と相違ありません。

この一文が必要です。

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	0	60,000	30,000

検査・薬剤料	処置・手当料	その他	一部負担金
3,320			

一児につき最大42万円(40.4万円)の給付となります。
代理受取額が42万円(40.4万円)の場合は差額の給付はありません。

合計内訳	妊婦合計負担額	代理受取額
	407,000	407,000

対象分娩の場合はスタンプが必要です。
「在胎週数22週(154日)」以降が対象になります。

産科医療補償
制度加入機関

(産科医療補償制度の対象分娩です。)
※分娩後、出産育児一時金等の申請の際は、
この領収書の写しが必要となります。