

＜記入例＞

出産育児一時金の医療機関直接支払制度 合意文書

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、平成21年10月から始まった「出産育児一時金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50万円の一時金の範囲内で、現金でお支払いいただく必要がなくなります。

- ・出産費用が50万円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。当院では分娩予約保証金としてお預かりした保証金を不足額のお支払いに充てさせていただきます。一時金と分娩予約保証金を合わせた上での更なる不足分については、退院時、窓口でお支払いいただきます。
- ・出産費用が50万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。

【(保険者名)について】

保険証・資格確認証に記載されている
健保組合または市町村名をお願いします。

(例) ○○組合

(例) 全国健康保険協会 千葉支部

(例) ○○共済組合

(例) 八千代市

マイナ保険証ご利用の方はマイナポータルでご確認のうえご記入ください。

方へ一時金の支給があったものとして取り扱われます。

ただきますが、一時金をこの3割負担のお支払

りたい場合には、お申し出ください。その場合、

険から給付を受けることもできま
さい（詳細は以前のお勤め先にお問
いください）

② 妊婦健診等により、帝王切開など高額

いたします いたしません
直接支払制度をご利用の方は「いたします」
ご利用にならないかたは「いたしません」
に○をお願いします。

以上説明を受け、(保険者名)
支払制度を利用することに合意

被保険者（世帯主）

国保の方：患者様ご本人のお名前

社保の方：ご本人加入→患者様ご本人のお名前

ご家族加入→社会保険に加入されているご家族のお名前 の記入をお願いします。

◆本日の日付

◆患者様ご本人のお名前

◆出産予定日

のご記入をお願いします。

直接支払制度をご利用にならない方のみ

「直接支払制度不活用」に□

をお願いします。

20XX年 X月 X日

氏名

前田 花子

(出産予定日) 20XX年 △月 △日

直接支払制度不活用 □