

**本人(被保険者)の出産の場合**

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書等で確認し、ご記入ください。なお枝番の記入は不要です。

出向されている方は原籍の会社名をご記入下さい。

**出産育児一時金請求書**

健保使用欄  
年 月 日

被保険者  
家族

被保険者(申請者)記入欄	① 被保険者等記号・番号(右づめ)	記号 1 2	番号 3 4 5	② 事業所名(会社名)	XXX株式会社		
	③ 被保険者の氏名	健保 花子		④ 被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	XX 年 XX 月 XX 日	
	⑤ 分娩年月日	令和 5 年 5 月 1 日		⑥ 生産児数	⑦ 死産児数	⑧ 死産の時はその妊娠経過期間	週
	⑨ 分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇産婦人科医院				
		医療施設等の住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町12-3-4				
	⑩ 家族(被扶養者)の分娩の場合	A 家族氏名		B 家族生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
		C 扶養認定日	昭和 平成 令和	年 月 日	各情報のお知らせ、資格確認書等で家族(被扶養者)の資格情報を確認し、ご記入ください		
	⑪ 出生児が被扶養者かどうか	A 被扶養者で	ある ・ <b>ない</b>	B 出生児が被扶養者でないときはその理由	配偶者の扶養に入れるため		
	⑫ 他制度から出産育児一時金の給付を受けているかどうか	受けている ・ <b>受けていない</b>					
	⑬ 備考	※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。					
	⑭ 被保険者(申請者)の住所氏名TEL	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町10-9-8		令和 5 年 5 月 20 日		
		氏名	健保 花子		TEL	090 ( × × × × ) × × × ×	
	⑮ 振込希望の金融機関名	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。					
		● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。					
		普通	口座番号(右づめ)	●●●	<b>銀行</b> ・金庫・信組	▲▲▲	店・本店
証明欄(いずれかにご記入ください)	⑯ 医師・助産師による証明欄	⑯ 分娩年月日	令和 5 年 5 月 1 日	⑰ 生産児数	⑱ 死産児数	⑲ 妊娠経過期間	39 週
		上記のとおり相違ないことを証する。 令和 5 年 5 月 10 日 医療施設の名称・所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町12-3-4 医師・助産師名 〇〇産婦人科医院 医師 伊志野 一郎					
	⑳ 市区町村長による証明欄	⑳ 本籍			㉑ 筆頭者氏名		
		㉒ 出生届出日	令和 年 月 日	㉓ 出生児氏名	㉔ 出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 市区町村長名							

振込先の口座は原則被保険者の口座になります。

**【添付書類】** ※海外出産の場合は不要

- ① 医療機関等から交付される合意文書の写し
- ② 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し (※注)

(※注) 直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理の下で出産した場合は、当該出産であることを証明するスタンプが押印または印字されているもの

3、4ページに各添付書類の見本あり >>>

**家族(被扶養者)  
の出産の場合**

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、  
③資格確認書等で確認し、ご記入ください。  
なお枝番の記入は不要です。

出向されている方は原籍の会社名を  
ご記入下さい。

**出産育児一時金請求書**

		健保使用欄	
		年 月 日	
① 被保険者等 記号・番号 (右づめ)		記号	番号
		1 2	3 4 5
③ 被保険者の氏名		健保 太郎	
② 事業所名 (会社名)		XXX株式会社	
④ 被保険者の 生年月日		昭和 平成 令和	XX年 XX月 XX日
⑤ 分娩年月日		令和 5年 5月 1日	
		⑥ 生産児数	⑦ 死産児数
		1人	人
⑧ 死産の時はその 妊娠経過期間		週	
⑨ 分娩した場所		医療施設等 の名称	
		〇〇産婦人科医院	
		医療施設等 の住所	
		(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町12-3-4	
⑩ 家族(被扶養者) の分娩の場合		A 家族 氏名	B 家族 生年月日
		健保 花子	昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日
		C 扶養認定日	← マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書等で 家族(被扶養者)の資格情報を確認し、ご記入ください
		昭和 平成 令和 30年 1月 1日	
⑪ 出生児が被扶養者 かどうか		A 被扶養者で	B 出生児が 被扶養者でない ときはその理由
		ある ・ ない	
⑫ 他制度から出産育児 一時金の給付を 受けているかどうか		受けている ・ 受けていない	
⑬ 備考		※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。	
⑭ 住所 氏名 TEL		(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町10-9-8 健保 太郎 090 ( × × × × ) × × × × ※日中の連絡先をご記入ください	令和 5年 5月 20日
⑮ 振込希望の 金融機関名		● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。	
		● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。	
		●●● 銀行・金庫・信組 ▲▲▲ 店・本店 支店・出張所	
		普通 口座番号 (右づめ)	口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ
		1 1 2 2 3	
証明欄(いずれかにご記入ください)	⑯ 医師・助産師 による証明欄	⑯ 分娩年月日	令和 5年 5月 1日
		⑰ 生産児数	1人
		⑱ 死産児数	人
		⑲ 妊娠経過期間	39 週
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 5年 5月 10日 医療施設の名称・所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町12-3-4 医師・助産師名 〇〇産婦人科医院 医師 伊志野 一郎		
市区町村長 による証明欄	⑳ 本籍	㉑ 筆頭者氏名	
	㉒ 出生届出日	令和 年 月 日	㉓ 出生児氏名
		令和 年 月 日	㉔ 出生年月日
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 市区町村長名		

家族(被扶養者)の出産であっても、  
支給対象者は原則被保険者になります。

**【添付書類】** ※海外出産の場合は不要

- ① 医療機関等から交付される合意文書の写し
- ② 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し (※注)

(※注) 直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理の下で出産した場合は、当該出産であることを証明するスタンプが押印または印字されているもの

3、4ページに各添付書類の見本あり >>>

# 添付書類見本①

医療機関から交付される合意文書

※医療機関によって様式や名称が異なります

## 各助産所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。

令和5年4月以降の出産者は50万円

※ 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。
- 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>

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。）

~~~~~  
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。 ←合意しない場合は「合意しない」となります

令和 ~~平成~~ 年 月 日

被保険者（世帯主）

氏名

健保 太郎

助産所使用欄

○○産婦人科医院

（出産予定日） ○/○  
直接支払制度不活用 □

## 添付書類見本②

医療機関から交付される  
出産費用の領収・明細書

## 領収明細書

※医療機関によって出産明細書、分娩明細書など名称が異なります  
※直接支払制度を利用しない場合は様式が異なる場合があります。

|        |         |
|--------|---------|
| 患者番号   | 氏名      |
| 123456 | 健保 花子 様 |

令和5年5月6日  
〇〇産婦人科医院  
〇〇県〇〇市〇〇町12-3-4

|          |      |      |        |
|----------|------|------|--------|
| 出産年月日    | 出生児数 | 入院日数 | 直接支払制度 |
| 令和5年5月1日 | 1人   | 6日   | 対象外    |

| 入院料      | 室料差額     | 分娩介助料   | 分娩料      | 新生児管理保育料 | 検査・薬剤料  |
|----------|----------|---------|----------|----------|---------|
| 133,010円 | 0円       | — 円     | 250,000円 | 63,300円  | 10,600円 |
| 処置・手当料   | 産科医療補償制度 | その他     | 一部負担金等   |          |         |
| 0円       | 12,000円  | 18,360円 | 0円       |          |         |

|          |       |
|----------|-------|
| 妊婦合計負担額  | 代理受取額 |
| 487,270円 | 0円    |

「代理受取額」が0円になっている、または書類内に「直接支払制度を利用していない」旨が記載されていることをご確認ください。

※代理受取額とは分娩した方に代わり医療機関が健保へ請求する出産育児一時金の金額で、領収・明細書に記載されています。



※分娩後、出産育児一時金の申請の際は、この領収書の写しが必要となります。

「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されている（又は印字されている）ことをご確認ください。  
明細書にスタンプ（又は印字）がなく、別の書類（領収書等）にある場合は、その書類（コピー）も合わせて添付ください。

※産科医療補償制度とは、新生児が重度の脳性麻痺になったとき（条件有）に補償金が支払われる制度です。支払った掛金12,000円と同額が出産育児一時金支給時に健保より給付されます。

※産科医療補償制度の加入機関以外で分娩した場合や、同制度の対象外である妊娠22週未満の早産等の理由で産科医療補償制度の利用がなかった場合、スタンプは押されておりません。