

## ② 出産一時金の医療機関直接払制度合意文書

直接払制度とは妊婦様をご加入されている医療保険者に、当院が妊婦様の代わりに出産育児一時金(家族出産一時金、共済の出産費及び家族出産費を含む)50万円を請求し、退院時の精算の際、50万円を出産費用から控除する制度です。

### ■ 直接払制度を利用する場合に必要なもの

(出産一時金50万円を当院が医療保険者にご請求し、妊婦様には退院精算時50万円控除して請求する方法です。)

- ◎ 無痛希望の方は入院保証金追加 5万円(現金のみ) を受付にお支払いください。
- ◎ 保険証原本のご提示と、合意文書のご提出を32週までにお願いします。  
※32週以降に保険証の変更予定がある妊婦様は、必ず事前に受付スタッフへお声をかけてください。当院では、32週以降変更予定がある妊婦様は直接払い制度利用しないにして、お手続きをして頂いています。

**注意：** 32週から分娩までに保険証が変更になる事を当院へ伝えずに、以前の保険証でお手続きをされた場合、後日以前の医療保険者からご本人へ一時金50万円が請求される場合がありますので、ご注意ください。

【例】 分娩費用が65万円(無痛希望なし)で直接払制度利用の場合

分娩費用65万円 - ( 出産一時金50万円 + 入院保証金10万円 ) =

→退院時に5万円を分娩費用としてお支払いとなります。また、カード払い希望の場合は、残額分(上記例の場合は5万円)を一括のみでお支払い可能です。

【例】  
窓口支払い  
5万円

### ■ 直接払制度を利用しないに該当する方

(ご本人が医療保険者に一時金50万円をご請求して頂く方法です。)

- ご本人が希望する場合
- 保険証が、32週以降変更になる 場合

注意 【直接払制度を利用しない】の場合は下記が必要となります。

- ◎ 32週までに入院保証金30万円(現金のみ) を受付にお支払いください。(無痛希望は追加、5万円(現金のみ)のお支払いが必要です。)
- ◎ 合意文書は出産一時金50万円をご請求する医療保険者の番号をご記入ください。退院時に合意文書の控えをお渡しします。

【例】 分娩費用が62万円(無痛希望なし)で直接払い制度利用しないの場合

分娩費用65万円 - 入院保証金40万円 =

【例】 窓口支払い  
25万円

→退院時に25万円を分娩費用としてお支払いとなります。また、カード払い希望の場合は、残額分(上記例の場合は25万円)を一括のみでお支払い可能です。

【例1】 社保・本人の場合

社 保

|         |                   |      |          |
|---------|-------------------|------|----------|
| 健康保険    | 本人（被保険者）          | 交付日  | 令和〇年〇月〇日 |
|         |                   | 有効期限 | 令和〇年〇月〇日 |
| 被保険者証   | 記号 12121212       | 記号   | 333      |
| 氏名      | 永井 花子             |      |          |
| 生年月日    | 昭和53年1月11日        | 性別   | 女        |
| 資格取得年月日 | 平成28年12月1日        |      |          |
| 事業所名称   | 医療法人社団五葉会永井産婦人科病院 |      |          |
| 保険者所在地  | 東京都新宿区〇〇町〇番地      |      |          |
| 保険者番号   | 12345678          |      |          |
| 保険者名称   | 東京都〇〇健康保険組合       |      |          |
| TEL     | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇      |      |          |

以上の説明を受け、下記保険者から支給される一時金について、直接支払制度を  
**(利用します・利用しません)。**

年 月 日

保険者名称: 東京都〇〇健康保険組合 保険者番号: 12345678 記号・番号: 12121212・333

被保険者名(世帯主)(署名): 永井 花子 ㊟

出産予定者(妊産婦)氏名(署名): 永井 花子 ㊟

※ご本人の保険証の場合は、被保険者名及び出産予定者にご本人のお名前を記載し、複写も合わせ4箇所押印してください。

【例2】 社保・家族の場合

|        |                   |      |          |
|--------|-------------------|------|----------|
| 健康保険   | 家族（被扶養者）          | 交付日  | 令和〇年〇月〇日 |
|        |                   | 有効期限 | 令和〇年〇月〇日 |
| 被保険者証  | 記号 35353535       | 記号   | 777      |
| 氏名     | 永井 花子             |      |          |
| 生年月日   | 昭和53年1月11日        | 性別   | 女        |
| 認定年月日  | 平成28年12月1日        |      |          |
| 被保険者氏名 | 永井 太郎             |      |          |
| 事業所名称  | 医療法人社団五葉会永井産婦人科病院 |      |          |
| 保険者所在地 | 東京都新宿区〇〇町〇番地      |      |          |
| 保険者番号  | 12345678          |      |          |
| 保険者名称  | 東京都〇〇健康保険組合       |      |          |
| TEL    | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇      |      |          |

以上の説明を受け、下記保険者から支給される一時金について、直接支払制度を  
**(利用します・利用しません)。**

年 月 日

保険者名称: 東京都〇〇健康保険組合 保険者番号: 12345678 記号・番号: 35353535・777

被保険者名(世帯主)(署名): 永井 太郎 ㊟

出産予定者(妊産婦)氏名(署名): 永井 花子 ㊟

※保険証が扶養の場合は、各々お名前を記載して、複写も合わせ4箇所押印してください。

【例3】 国保・世帯主の場合

国 保

東京都国民健康保険  
被 保 険 者 証  
有効期限 令和〇年〇月〇〇日  
記号 12-34 番号 5678  
氏 名 永井 花子  
生年月日 昭和 53年1月11日 性別 女  
適用開始日 平成 28年12月1日  
交付年月日 令和 〇年〇〇月〇〇日  
世帯主氏名 永井 花子  
住 所 東京都〇〇市〇〇町〇-〇  
保険者番号 125678 交付者名 △△△市

以上の説明を受け、下記保険者から支給される一時金について、直接支払制度を  
(利用します・利用しません)。  
年 月 日

保険者名称: △△△市 保険者番号: 125678 記号・番号: 12-34・5678

被保険者名(世帯主)(署名): 永井 花子 ㊟

出産予定者(妊産婦)氏名(署名): 永井 花子 ㊟

※保険証が世帯主の場合は、被保険者名及び出産予定者にご本人のお名前を記載し、複写も合わせ4箇所押印してください。

【例4】 国保・世帯主以外の場合

東京都国民健康保険  
被 保 険 者 証  
有効期限 令和〇年〇月〇〇日  
記号 56-78 番号 1212  
氏 名 永井 花子  
生年月日 昭和 53年1月11日 性別 女  
適用開始日 平成 28年12月1日  
交付年月日 令和 〇年〇〇月〇〇日  
世帯主氏名 永井 太郎  
住 所 東京都〇〇市〇〇町〇-〇  
保険者番号 137856 交付者名 □□□市

以上の説明を受け、下記保険者から支給される一時金について、直接支払制度を  
(利用します・利用しません)。  
年 月 日

保険者名称: □□□市 保険者番号: 137856 記号・番号: 56-78・1212

被保険者名(世帯主)(署名): 永井 太郎 ㊟

出産予定者(妊産婦)氏名(署名): 永井 花子 ㊟

※保険証が世帯主以外の場合は、各々お名前を記載して、複写も合わせ4箇所押印してください。