

## 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。)

- ◎ マイナ保険証のご提示と、合意文書のご提出を34週までにお願いします。  
※34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、34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：**34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、34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。

- ◎ 34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。
- ◎ 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65万円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、被保険者名、出産予定者に、各々お名前を記載してください。

【例3】 国保・世帯主の場合

国 保

東京都国民健康保険		有効期限	令和〇年〇月〇〇日
被 保 険 者 証			
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		有効期限	令和〇年〇月〇〇日
被 保 険 者 証			
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、被保険者名、出産予定者に、各々お名前を記載してください。