

日医発第 722 号 (保 126)
平成 18 年 10 月 3 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
唐澤祥人

政府管掌健康保険及び船員保険における出産育児一時金
及び家族出産育児一時金の受取代理について

出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理につきましては、平成 18 年 8 月 30 日付保発第 0830005 号等により、厚生労働省保険局保険課長から保険者宛積極的に取り組むよう通知されたところであります。(平成 18 年 9 月 15 日付日医発第 634 号にてご連絡済み。)

今般、平成 18 年 9 月 15 日付庁発第 0915001 号として社会保険庁運営部医療保険課長から、政府管掌健康保険及び船員保険における出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理の取扱いが示され、平成 18 年 10 月 1 日から適用されましたので、ご連絡申し上げます。

今回示された取扱いの概要につきましては、下記のとおりであります。

つきましては、今回の内容について貴会会員に周知くださるようお願い申し上げます。

本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中「平成 18 年度健康保険法・老人保健法等の改正に関する情報」に掲載いたします。

記

政府管掌健康保険及び船員保険における

出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理の概要

(平成 18 年 9 月 15 日 庁保険発第 0915001 号 社会保険庁運営部医療保険課長通知)

1 対象者

被保険者（社団法人全国社会保険協会連合会が委託実施している出産費貸付制度を利用するものを除く。）であって、出産育児一時金等の支給を受ける見込みがあり、かつ以下のいずれかである者

- ① 出産予定日まで 1 か月以内の者
- ② 出産予定日まで 1 か月以内の被扶養者を有する者

2 受取代理の申請手続

- (1) 保険者は「1」に定める対象者から受取代理専用のお産育児一時金請求書（庁保険発第 0915001 号中の別添様式 1 号参照。以下「請求書」という。）の申請がなされた場合には、母子健康保険手帳等により出産予定日まで 1 か月以内の申請であるかについて確認する。
- (2) 保険者は申請書の受付後は、速やかに庁保険発第 0915001 号中の別添様式第 2 号により医療機関へ請求書を受け付けたことについて連絡する。
- (3) 請求書の受付後に被保険者が資格喪失等により出産育児一時金等の支給対象者でなくなった場合は、速やかに請求書を被保険者に返戻するとともに、受取代理人である医療機関等に対しその旨連絡する。
- (4) 受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに保険者に申し出るよう被保険者に周知し、被保険者から当該申出がなされた場合は、請求書を被保険者に返戻するとともに、受取代理人である医療機関等に対しその旨連絡する。

3 出産育児一時金等の支払い

- (1) 受取代理人である医療機関等は、分娩後に分娩費請求書及び出生証明書類の写しを保険者に送付する。（庁保険発第 0915001 号中の別添様式第 2 号及び第 3 号参照）
- (2) 出産予定日から 2 週間を経過しても、受取代理人である医療機関等から必要書類が送付されない場合は、保険者から当該医療機関に確認する。
- (3) 要件審査を経て、医療機関等から送付された分娩費請求書の写しに記載された請求額に応じて、以下のいずれかの取扱いとなる。

ア 請求額が35万円以上である場合

出産育児一時金等の全額が医療機関等の所定口座に支払われる。

(請求額が35万円超である場合は、当該請求額と35万円との差額は被保険者が医療機関等に支払う。)

イ 請求額が35万円未満である場合

請求額として記載されている額が医療機関等の所定口座に支払われる。(当該請求額と35万円との差額は被保険者に支払われる。)

4 その他

(1) 健康保険のオンライン入力方法に関する事項等

※保険者(社会保険事務所等)における事務手続に係るもの

(2) 健康保険の請求書の調達に係る管理替え帳票に関する事項等

※保険者(社会保険事務所等)における事務手続に係るもの

(3) 今回の取扱いについて、保険者として被保険者、事業主及び船舶所有者に対する周知に努めること。

5 適用

平成18年10月1日

以上

(添付資料)

1. 出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について

(平18.9.15 庁保険発第0915001号社会保険庁運営部医療保険課長通知)

庁保険発第 0915001 号

平成 18 年 9 月 15 日

地方社会保険事務局長 殿

社会保険庁運営部医療保険課長

(公印省略)

出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について

出産育児一時金及び家族出産育児一時金(以下「出産育児一時金等」という。)の受取代理については、被保険者(被保険者であった者を含む。以下同じ。)が病院、診療所又は助産所(以下「医療機関等」という。)を受取代理人として出産育児一時金等を事前に申請し、医療機関等が被保険者等に対して請求する出産費用の額(当該請求額が出産育児一時金等として支給される額を上回る場合は当該支給される額)を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金等を受け取ることにより、被保険者等が医療機関等の窓口において出産費用を支払う負担を軽減することを目的とするものである。この取扱いについて、政府管掌健康保険及び船員保険としての取組みについて「出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について」(平成18年8月30日保保発第0830003号、別紙参照)により示されたところであることから、この場合の取扱いについて、下記により平成18年10月1日から適用することとしたので遺漏のないよう配慮されたい。

記

1 対象者

受取代理の申請の対象者は、被保険者(社団法人全国社会保険協会連合会

が委託実施している出産費貸付制度を利用する者を除く。)であって、出産育児一時金等の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで1ヶ月以内の者又は出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者とする。

2 受取代理の申請手続き

前記1に定める対象者から受取代理専用のお産育児一時金請求書（別添様式1参照。以下「請求書」という。）の申請がなされた場合には、母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康保険手帳その他出産予定日を証明する書類により出産予定日まで1ヶ月以内の申請であるかについて確認を行うこと。

請求書の受付後は、速やかに別添様式2により医療機関へ請求書を受け付けたことについて連絡すること。

なお、請求書の受付後に被保険者が資格喪失等により出産育児一時金等の支給対象者でなくなった場合は、速やかに請求書を被保険者に返戻するとともに、受取代理人である医療機関等に対しその旨連絡すること。

また、受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに申し出るよう被保険者に周知し、被保険者から当該申出がなされた場合は、請求書を被保険者に返戻するとともに、受取代理人である医療機関等に対しその旨連絡すること。

3 出産育児一時金等の支払

- (1) 分娩後に受取代理人である医療機関等から送付される分娩費請求書及び出生証明書類の写しにより出産育児一時金等の支給要件を確認すること。

なお、出産予定日から2週間を経過しても、受取代理人である医療機関等から必要書類の送付がされない場合は、当該医療機関に対し、書類の送付について確認すること。

- (2) 要件審査の結果、出産育児一時金等の支給を決定した場合、医療機関等から送付された分娩費請求書の写しに記載された請求額に応じて、次のいずれかの取扱いとすること。

ア 請求額が35万円以上である場合

出産育児一時金等の全額を医療機関等により指定された口座へ支払うこと。

イ 請求額が35万円未満である場合

請求額として記載がされている額を医療機関により指定された口座へ支払い、当該請求額と35万円との差額については、被保険者に支払うこと。

4 その他

(1) 健康保険のオンライン入力方法に関しては、別途、社会保険業務センターから通知されるものであること。また、船員保険にあつては、手作業により被保険者及び医療機関等へそれぞれ支払うものであること。

(2) 健康保険の請求書の調達に当たっては、今後管理替え帳票とするが、それまでの間は、別添ファイルの請求書を出力するなど適宜の方法により交付すること。

また、船員保険の請求書にあつては管理替え帳票とされていないことから、別添ファイルの請求書を出力するなど適宜の方法により交付すること。

(3) 今回の取扱いについて、貴管下の被保険者、事業主及び船舶所有者に対する周知に努めること。

届書コード			届書
3	2	1	

健康保険被保険者家族 出産育児一時金請求書 (事前申請用)

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎添付書類については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

被保険者証の記号・番号			④ 生年月日			⑤ 被扶養者番号			⑥ 給付記録番号			⑦ 受取代理人			⑧ 受付年月日					
①	②	③	1: 明治 3: 大正 5: 昭和 7: 平成	年	月	日	※	※	※	0: 無 1: 有	※	年	月	日						
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印						⑦ 名称			⑦ 所在地											
(フリガナ)						⑩ 郵便番号			(フリガナ)											
⑪ 被保険者(請求者)の住所						⑪ 住所コード			電話 ()											
被扶養者が出産したための請求であるときは、その者の						⑫ 氏名			⊕ 生年月日			昭和 平成 年 月 日生								
⑫ 出産予定日						平成 年 月 日														
入院する医療機関						名称			所在地			⑬ 被保険者と出生児の続柄								
⑭ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)						円 ※			⑰ 調整減額コード			⑱ 海外表示			⑲ 特別支給コード			備考		
⑰ 調整減額コード						0: 国内 1: 海外														
⑳ 被保険者の出産育児一時金の請求であるときは、夫の被保険者証の																				
記号番号						氏名			勤務先			保険者名								
(年 月 日生)																				

甲の支払金融機関	⑳ 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	㉑ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	
	㉒ 金融機関コード	※	別		信連 信漁連 農協 漁協	本所 支所 本店 支店	
	㉓ 口座番号				口座名義		
銀行送金の場合		銀行 支店			郵便局送金の場合		郵便局

受取代理人の欄

甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任します。
 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限35万円)の受領に関すること。

平成 年 月 日

甲(被保険者)の住所 氏名 (印)

乙(代理人)の住所 氏名 (印)

電話 ()

乙の支払金融機関	⑳ 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	㉑ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	
	㉒ 金融機関コード	※	別		信連 信漁連 農協 漁協	本所 支所 本店 支店	
	㉓ 口座番号				口座名義		
銀行送金の場合		銀行 支店			郵便局送金の場合		郵便局

平成 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

受付日付印

送信

被保険者の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金の請求書による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と社会保険事務所等の間において、請求書の受付の有無、分娩に関する証明、及び分娩費用に関する情報の提供を行いますのであらかじめご了承ください。標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル（○）で囲んでください。
3. ④の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
4. ⑨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
5. この請求書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、又はその写しを添付してください。
 - ・母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類

医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受け付けた時は、社会保険事務所等から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出産証明書類の写しを速やかに社会保険事務所へ提出してください。この場合、社会保険事務所から請求書を受付報告書の送付の際同封する用紙も記入の上、送付してください。

被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金の支払は、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が35万円以上である場合
出産育児一時金等の全額を医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が35万円未満である場合
請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額と35万円との差額については、被保険者へお支払いします。
2. ⑩⑪の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
3. ⑫の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。⑩支払区分の内容は次のとおりです。

支払区分	内 容
1 振込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀行送金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵便局送金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当地払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。

※「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承ください。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

〔この欄は記入しない下さい〕

決 裁 年 月 日	平成 年 月 日	局(所)長	次 長	課 長	係 長	係 員
起 案 年 月 日	平成 年 月 日					
支 給 額	円		資 金 前 渡 官 吏	課 長	係 長	係 員
資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日					
資 格 喪 失 年 月 日	平成 年 月 日					

船員保険 出産育児一時金 支給請求書
 家族出産育児一時金

平成 年 月 日請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号番号	船	②被保険者の氏名、生年月日	(フリガナ) 明・大・昭・平 年 月 日生	印
	③被保険者の現住所	(〒)	〔電話 () 〕		
	④船舶所有者の氏名・住所				
	⑤出 産 予 定 日	平成 年 月 日			
	⑥入院する医療機関等の名称・住所				
	⑦被扶養者の出産であるときは、その氏名、生年月日			昭和 平成	年 月 日
	⑧備 考				
	⑨被保険者の引渡し希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店	〔 普通 第 号 〕 〔 当座 〕	郵便局

委 任 状	⑩甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (上限35万円) の受領に関する事。 平成 年 月 日
	甲 (被保険者) の住所 氏名 印
	乙 (代 理 人) の住所 (フリガナ) 氏名 印 電話 ()
⑪代理人の引渡し希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店 〔 普通 第 号 〕 〔 当座 〕 郵便局

記入上の注意

I 被保険者への注意事項

1. この請求書による出産育児一時金の請求書による事前申請は、出産予定日まで1ヶ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と船舶所有者の住所地を管轄する社会保険事務局または社会保険事務所（以下「社会保険事務局等」といいます。）の間において、請求書の受付の有無、分娩に関する証明、及び分娩費用に関する情報の提供を行いますのであらかじめご了承ください。標題は、被保険者が出産したときは、「出産育児一時金」を、被扶養者が出産したときは、「家族出産育児一時金」を○印で囲んで下さい。
3. この請求書の提出に当たっては、次の書類を提示するか、又はその写しを添付してください。
・母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類
4. ⑥欄の入院する医療機関等の名称・住所は、入院する病院、診療所又は助産所などの医療機関の名称及び住所を記入してください。
5. ⑦欄は、被保険者(本人)の出産費の請求であるときは、斜線で抹消してください。

II 医療機関等への注意事項

1. この請求書を受け付けた時は、社会保険事務局等から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出産証明書類の写しを速やかに社会保険事務局等へ提出してください。この場合、社会保険事務局等から請求書を受付報告書の送付の際同封する用紙も記入の上、送付してください。

III 被保険者・医療機関等への注意事項

1. この請求書による出産育児一時金の支払は、次のとおりです。
 - (1) 医療機関等の出産に係る請求額が35万円以上である場合
出産育児一時金等の全額を医療機関等へお支払いします。
 - (2) 医療機関等の出産に係る請求額が35万円未満である場合
請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額と35万円との差額については、被保険者へお支払いします。

(様式第2号)

平成 年 月 日

(医療機関所在地・名称)

××区××町1-2-3

〇〇病院 御 中

〇〇社会保険事務所長

出産育児一時金等の受取代理請求書 の受付について (報告)

下記のとおり貴殿を受取代理人とする出産育児一時金等の請求書の提出がありましたのでご報告します。これにより、当該被保険者が分娩を行った場合は、速やかに同封した様式第3号とともに、当該被保険者の分娩に係る分娩費請求書及び出生証明書類の写しを送付していただきますようお願いいたします。

被保険者記号番号	
被 保 険 者 名	
被 保 険 者 住 所	
被扶養者の出産の 場合、その氏名	

(様式第3号)

平成 年 月 日

〇〇社会保険事務所長 殿

(医療機関所在地・名称)

××区××町1-2-3

〇〇病院

代表者 〇〇 〇〇 印

分娩費請求書等(写し)の送付について

標記について、以下の通り報告します。

被保険者記号番号	
被 保 険 者 名	
被 保 険 者 住 所	