

事 務 連 絡

平成 21 年 10 月 5 日

保険医療機関 各位

沖縄県社会保険診療報酬支払基金

出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度
に係る取扱いについて

平素は、支払基金の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成 21 年 5 月 22 日に健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成 21 年政令第 139 号）が公布され、平成 21 年 5 月 29 日付け厚生労働省保険局長通知により「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」が定められ、本年 10 月 1 日から実施されることとなります。

つきましては、この制度の実施に伴う保険医療機関から支払基金への請求方法、支払関係書類等事務処理の概要を別添のとおりお知らせします。

なお、厚生労働省からの通知を含めた本制度の実施に伴う取扱い等につきましては、支払基金ホームページ (<http://www.ssk.or.jp/>) に掲載しますのでご参照願います。

出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度
に係る概要及び支払関係書類等について

1 出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度の概要

(1) 趣旨

緊急の少子化対策の一環として、安心して出産できる環境を整備するという観点から、その支給方法を見直し、出産育児一時金等の額を限度として、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金等の支給申請及び受取を直接保険者で行うことにより、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経済的負担の軽減を図るものであります。

(2) 直接支払制度の運用

支払機関（支払基金及び国保連合会）が保険者と支払業務委託契約を締結することにより、医療機関等は出産育児一時金に係る「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」（以下「専用請求書」という。）（別紙1）（紙媒体又は電子媒体）を用いて、支払機関を通じ保険者へ請求することとなり、保険者は支払機関を通じ医療機関等へ支払うこととなります。

なお、支払機関で取り扱う専用請求書については、次のとおりとなります。

ア 被用者保険加入者（異常分娩に限る。）・・・支払基金

イ 被用者保険加入者（正常分娩に限る。）・・・国保連合会

ウ 国民健康保険加入者・・・・・・・・・・国保連合会

(3) 取扱期間

平成21年10月1日から平成23年3月31日までの出産に係るものとなります。

2 専用請求書の提出等

(1) 紙媒体で提出する場合

ア 専用請求書は、被保険者等の加入する保険者ごとに所定事項を記載し作成してください。

イ 作成した専用請求書は、「出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書） 集計票【紙媒体用】」（別紙2）を添え、ホチキス等でまとめて提出してください。

なお、専用請求書の保険者番号による並べ方は、レセプトの編てつ方法と同様にしてください。

ウ 専用請求書は診療報酬明細書（レセプト）とは別に取りまとめて提出してください。

(2) 電子媒体で提出する場合

ア 電子媒体によるCSV情報の記録方法は、厚生労働省の定める「出産育児一時金等の代理申請・受取請求に係る記録条件仕様」によることとなります。

す。

なお、記録媒体はMO、CD-R又はFDとなります。

イ 電子媒体の表記は、出産育児一時金等、医療機関コード、保険医療機関名称、請求月分、提出年月日及び媒体枚数並びに支払基金又は国保連の別を記載してください。（「出産育児一時金等に係る電子媒体の表記」（別紙3）参照）

ウ 記録した電子媒体は、「出産育児一時金等代理申請・受取請求書 送付書【電子媒体用】」（別紙4）を添えて提出してください。

エ 電子媒体でレセプトを提出されている保険医療機関は、レセプトと専用請求書を同一電子媒体で記録せず、必ず別々の電子媒体で提出してください（2枚の電子媒体の提出となります）。

3 事務処理の流れ

出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度に係る事務処理の流れについては、「出産育児一時金等の直接支払制度に係る請求・支払の流れ」（別紙5）のとおりとなります。

4 支払関係書類

出産育児一時金等に係る支払関係書類は、診療報酬等とは別に次の書類を新たに作成することとします。

なお、当座口振込通知書については、現行の診療報酬等に係る様式を一部変更し、新たに出産育児一時金等の欄を設けることとします。（別紙6参照）

(1) 「出産育児一時金等代理申請・受取請求書受付エラー連絡票」（別紙7）

「出産育児一時金等代理申請・受取請求書受付エラー連絡票」は、電子媒体による専用請求書について、エラー箇所及びエラー内容を表示した書類です。

(2) 「出産育児一時金等支払明細表」（別紙8）

「出産育児一時金等支払明細表」は、紙又は電子媒体の専用請求書から得た情報及び過誤情報を申請者ごとに表示した書類です。

5 記載事項不備等による返戻の取扱い

当月請求分において、専用請求書が記載事項不備等により保険医療機関に照会の結果、返戻となる場合は次により連絡します。

(1) 専用請求書が紙媒体の場合

専用請求書の該当者の欄に「返戻」と表示し、不備箇所を○で囲み、備考欄に返戻となった理由を記載の上、当該専用請求書(写)により連絡します。

(別紙9参照)

(2) 専用請求書が電子媒体の場合

ア 電子媒体の記録内容の誤りは、前4の(1)の「出産育児一時金等代理申請・受取請求書受付エラー連絡票」(別紙7)により連絡します。

イ 保険医療機関から請求取下げの申し出等があり、請求されたデータについて一部取消が生じた場合は、紙の専用請求書と同様の様式を用いて「電子媒体請求分返戻連絡書」と表示し、返戻に係る妊婦の請求情報及び備考欄に返戻理由を記載の上、連絡します。(別紙10参照)

(3) 返戻分に係る再請求

前(1)及び(2)により連絡した返戻分に係る再請求を行う場合は、返戻後の直近の請求月以降に請求される専用請求書(紙又は電子媒体)に含めて新たに作成の上、再請求してください。

6 支払関係書類の送付

出産育児一時金等に係る支払関係書類は、レセプト返戻等の送付時に併せて送付することとします。

7 過誤調整に関する取扱い

(1) 過誤調整方法

保険者から資格関係等を理由とする過誤調整依頼があり、支払基金において出産育児一時金等に係る過誤調整を行う場合は、診療報酬との相殺は行わず、保険医療機関に支払われる他の出産育児一時金等からの充当によって過誤調整を行います。

(2) 同意書の提出

支払基金において前(1)の過誤調整を行うに当たっては、支払基金が保険医療機関に支払われる他の出産育児一時金等からの充当によって過誤調整を行うことについて保険医療機関の同意が必要となりますので、「出産育児一時金の過誤調整に関する同意書」(別紙11)を作成の上、専用請求書(紙又は電子媒体)の初回提出時に併せて支払基金に提出してください。

8 過誤処理事務

(1) 保険者における資格確認等による過誤調整

ア 過誤調整結果

保険者における資格確認等により支払が過誤と判明した出産育児一時金等に係る過誤調整結果は、前4の(2)の「出産育児一時金等支払明細表」(別紙8)に過誤情報を表示して連絡します。

なお、当該過誤調整は、支払基金から該当の保険医療機関に対しその旨を事前連絡した上で行うこととします。

イ 過誤調整分に係る再請求

前アにより連絡した過誤調整分に係る再請求を行う場合は、前ア「過誤調整結果」連絡後の直近の請求月以降に請求される専用請求書（紙又は電子媒体）に含めて新たに作成の上、再請求してください。

(2) 保険医療機関からの請求取下げによる過誤調整

ア 取下げの申出

専用請求書（紙又は電子媒体）の取下げを行う場合は、「出産育児一時金等請求取下げ依頼書」（別紙12）を作成の上、支払基金に提出してください。

イ 過誤調整結果

既に支払済みの出産育児一時金等について、保険医療機関から請求取下げがあった場合の過誤調整結果は、前(1)のアと同様に「出産育児一時金等支払明細表」（別紙8）に過誤情報（過誤理由：保険医療機関からの取下げ依頼による）を表示して連絡します。

(3) 過誤調整の流れ

「出産育児一時金等の直接支払制度に係る過誤調整の流れ」（別紙13）のとおりとなります。

9 その他

専用請求書の記載方法等は、厚生労働省から示される医療機関等請求事務マニュアルを参考願います。

なお、当該マニュアルについては、厚生労働省から示され次第、支払基金ホームページに掲載します。

平成20年00月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書【正常・異常・分挽】

医療機関等コード	
分挽機関管理番号	
医療機関等所在地及び名称	

保険者番号	
-------	--

被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下の通り支払を求めます。

社名	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名(カナ氏名)	生年月日	在胎週数	出産年月日		
1:社・2:国	1:本・5:家			3:昭 4:平		4:平		
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	室料差額	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在			1:対象・2:対象外・3:混在					
処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考		

社名	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名(カナ氏名)	生年月日	在胎週数	出産年月日		
1:社・2:国	1:本・5:家			3:昭 4:平		4:平		
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	室料差額	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在			1:対象・2:対象外・3:混在					
処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考		

社名	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名(カナ氏名)	生年月日	在胎週数	出産年月日		
1:社・2:国	1:本・5:家			3:昭 4:平		4:平		
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	室料差額	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在			1:対象・2:対象外・3:混在					
処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考		

合計	取扱件数	出産数	代理受取額合計

頁数	
----	--

〇〇〇社会保険診療報酬支払基金 御中

医療機関等の
所在地
開設者氏名
電話番号



出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書） 集計票

【紙媒体用】

医療機関等コード	
医療機関等名称	
分娩機関管理番号	
施設等区分	病院 ・ 診療所 ・ 助産所
請求月分	平成 年 月請求分
提出年月日	平成 年 月 日
専用請求書枚数	枚
取扱件数	件
出産数	件
代理受取額合計	円
備考	

※1 施設等区分は、該当に○を付す。

※2 取扱件数、出産数及び代理受取額合計は、専用請求書下段にある「合計」欄を集計して記載する。

出産育児一時金等に係る電子媒体の表記

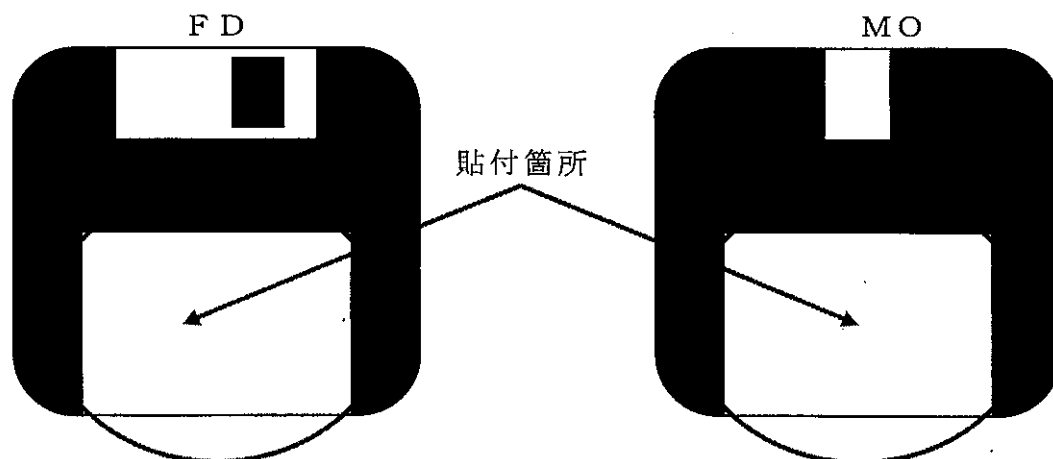
出産育児一時金等、医療機関コード、保険医療機関名称、請求月分、提出年月日及び媒体枚数並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

出産育児一時金等				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
請求月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
媒体枚数	枚中	枚目		

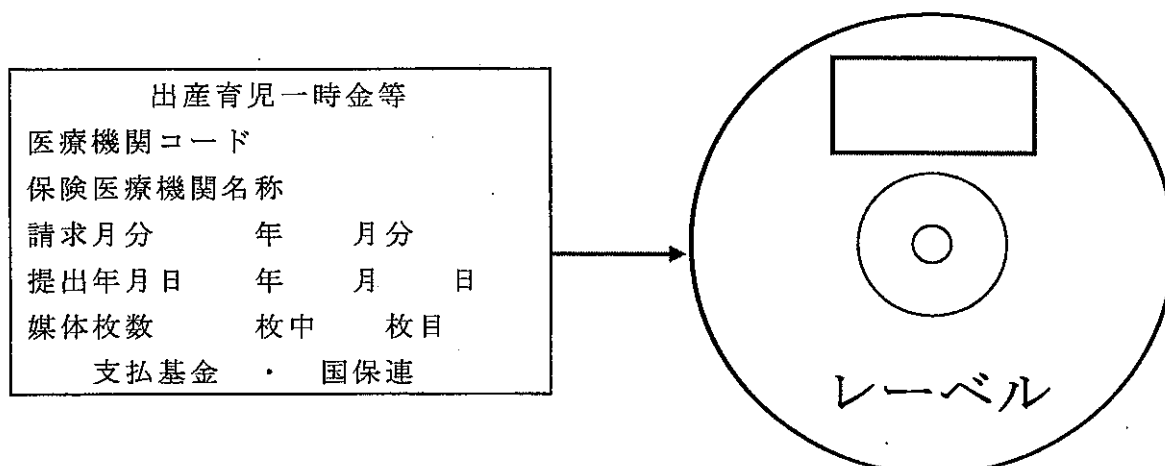
支払基金
・
国保連

FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

電子媒体の表記については、レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入する。



〇〇〇社会保険診療報酬支払基金 御中

医療機関等の
所在地及び
開設者氏名
電話番号



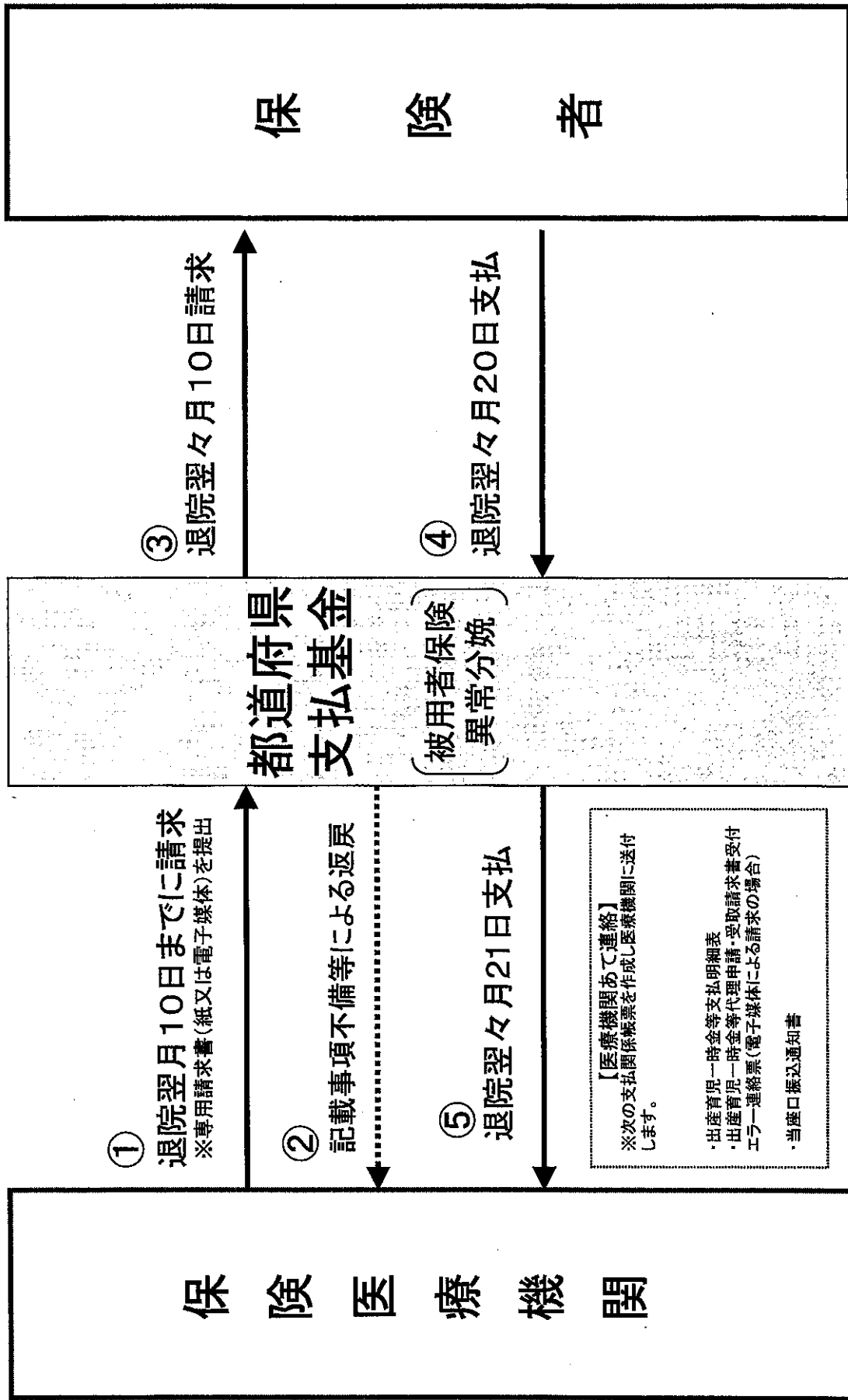
出産育児一時金等代理申請・受取請求書 送付書

【電子媒体用】

医療機関等コード			
医療機関等名称			
分娩機関管理番号			
施設等区分	病 院 ・ 診 療 所 ・ 助 産 所		
請求月分	平成 年 月請求分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	F D	M O	C D - R
媒体枚数	枚		
備 考			

※ 施設等区分及び媒体種類は、該当に○を付す。

出産育児一時金等の直接支払制度に係る請求・支払の流れ



当座口座振込通知書

月分		医療機関コード		健診等機関コード		被振込銀行		店	
点数表						口座番号			
診療報酬									
支払区分	算定額	再審査等調整額	端数額	医保本人	医保家族	老人保健	食事生活療養	診療報酬支払確定額	②特定健診・特定保健指導支払確定額合計
								源泉徴収税額	③出産育児一時金等支払確定額合計
								①診療報酬支払確定額合計	
出産育児一時金等								差引振込額 (①+②+③)	
当初請求	補正・過誤・返戻	算定額	過誤						

お受取人	受領者
------	-----

振込日 平成 年 月 日

上記のとおり貴口座へ振込みましたので通知します。
この通知書は所得税申告の際必要ですから大切に保存ください。

(医) * * * * * (健) * * * * * (0000001)

(備考) 1 医保本人・家族・老人保健及び食事・生活療養等は、算定額(点数)から再審査等調整額(点数)及び相殺額(点数)を調整したものです。

なお、食事・生活療養の上段は医療保険及び老人保健に係る食事・生活基準額、下段は標準負担額を控除した食事・生活支給額です。

2 特定健診・特定保健指導費及び出産育児一時金等は、源泉徴収対象外です。

3 支払区分49(臨時老人薬和費特別給付金)は、源泉徴収対象外です。 ※ (差引振込額欄の金額は、電子証明書発行・更新料を控除した金額を表示しています。)

4 支払区分の表示一覧は、裏面に明記してあります。

社会保険診療報酬支払基金

出産育児一時金等支払明細表

医療機関コード

平成 年 月分

御中

社会保険診療報酬支払基金

請求 番号	氏名 生年月日 保険者番号	記号 出産年月日	番号 分娩機関管理番号	種 数	在胎 数	入院日数 新生児管理保育料 一部負担金等	入院料 検査・薬剤料 妊婦合計負担額	室料差額 処置・手当料 代理受取額	分娩介助料 産科医療補償制度	分娩料 その他	備考
1	キケン エイコ 昭和63年10月30日	1234 平成22年2月10日	1234567 1234567890	1 1	28 0	40 0	6,800	105,357 4,755	23,456 30,000	58,910	過誤理由
5	12345678	〇〇健康保険組合	〇〇健康保険組合	1	101,355	330,633	330,633	330,633			
3	キケン エイコ 昭和55年10月10日	1234 平成21年10月10日	1234567 1234567890	1 1	39 104,050	8 0	0	23,550 0	84,209 -30,000	0	資格喪失
5	12345678	〇〇健康保険組合	〇〇健康保険組合	1	51,360	293,169	293,169				
3											
5											
6											
7											
8											

過誤調整による場合は、次の表示方法によります。

- 「請・過」欄「3」と表示します。
- 「入院料」欄から「代理受取額」欄金額をマイナスで表示します。
- 「過誤理由」欄「過誤理由」を表示します。

※請・過: 1.電子請求 2.総請求 3.過誤
 ※本家: 1.本人 5.家族
 ※産: 1.死産 2.死産でない 3.混在
 ※数: 出産のあった届の数
 ※補: 1.対象分娩 2.対象分娩でない 3.混在
 ※在胎: 在胎週数
 ※入院日数: 入院していた日数

合計	件数	金額
0	0	81,807
-104,050	6,800	4,755
49,995	37,464	37,464
		-60,753
		58,910

整理番号 ()

平成20年00月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書

1 2 3 4 5 6 7 8

写

医療機関等コード
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
分統機関管理番号
1234567890

医療機関等所在地及び名称
港区新橋1-2
キケン病院

被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下の通り支払を求めます。

社 国	本 家	被 保 険 者 証 記 号	被 保 険 者 証 番 号	妊 婦 氏 名 (カ ナ 氏 名)	生 年 月 日	在 胎 週 数	出 産 年 月 日
1:社・2:国	1:本・5:家	700	700007	キケンケイコ	63年 10月 10日	38	21年 10月 20日
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在	1	25	①対象・2:対象外・3:混在	0	-	108,000	6,000
如置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考	
3,000	30,000	24,958	70,983	543,327	420,000		

社 国	本 家	被 保 険 者 証 記 号	被 保 険 者 証 番 号	妊 婦 氏 名 (カ ナ 氏 名)	生 年 月 日	在 胎 週 数	出 産 年 月 日
1:社・2:国	1:本・5:家	200	1500118	キケンエルコ	21年 10月 11日	43	21年 10月 11日
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在	1	12	①対象・2:対象外・3:混在	0	150,000	120,000	2,300
如置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考	
1,849	30,000	12,345	76,890	527,384	420,000		

手書きで補記する

社 国	本 家	被 保 険 者 証 記 号	被 保 険 者 証 番 号	妊 婦 氏 名 (カ ナ 氏 名)	生 年 月 日	在 胎 週 数	出 産 年 月 日
1:社・2:国	1:本・5:家				3:昭 4:平	4:平	
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在							
如置・手当料	産科医療補償制度	その他					

紙で請求された専用請求書において、該当者分に「返戻」と押印し複写した上で、保険医療機関へ返戻

合計	取付件数	出産数	代理受取額合計

頁数

平成20年00月分 出産育児一時金等代理申請 受取請求書

保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関等コード	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
分娩機関管理番号	1234567890									

電子媒体請求分返戻連絡書

医療機関等所在地及び名称
港区新橋1-2
キケン病院

被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下の通り支払を求めます。

社団	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名(カナ氏名)	生年月日	在胎週数	出産年月日
1:社・2:国	9000	735816	キケンハナコ	61年 7月 19日	22 4:平	21年 10月 20日
死産有無	出産数	入院日数	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在	1	26	0	50,000	0	7,600
如置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	代理受取額	備考	
0	0	142,180	80,657	390,000	請求取下げ	

社団	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名(カナ氏名)	生年月日	在胎週数	出産年月日
1:社・2:国				1年 4月 30日	4:平	
死産有無	出産数	入院日数	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在						
如置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	代理受取額	備考	

紙の専用請求書と同様の様式を用いて該当者分の返戻情報を入力し、保険医療機関へ返戻
※当該連絡書1枚に1件記入

社団	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名(カナ氏名)	生年月日	在胎週数	出産年月日
1:社・2:国						
死産有無	出産数	入院日数	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在						
如置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	代理受取額	備考	

合計	取扱件数	出産数	代理受取額合計

出産育児一時金の過誤調整に関する同意書

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 宛

保険医療機関コード							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

印

出産育児一時金(※)の支払に関し、保険者による資格確認等により支払が過誤と判明した出産育児一時金については、当医療機関に支払われる他の出産育児一時金(当該出産育児一時金を支払った保険者又はそれ以外の保険者から支払基金を通じて支払われるものに限る。)の充当による清算又は当医療機関からの戻入による清算を、支払基金を通じて行うことに同意する。

(※) 家族出産育児一時金並びに共済組合に関する法律又は私立学校教職員共済法による出産費及び家族出産費を含む。

(ご提出の要領)

この同意書は、出産育児一時金の初回請求時に専用請求書と共に支払基金にご提出下さい。

平成 年 月 日

出産育児一時金等請求取下げ依頼書

社会保険診療報酬支払基金 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、出産育児一時金等代理申請・受取請求書を取下げ願います。

医療機関コード					
分娩機関管理番号					
請求年月	年 月	本人・家族区分	1 : 本人 5 : 家族		
保険者番号		記号		番号	
フリガナ					
妊婦氏名					
生年月日	3 : 昭	4 : 平	年	月	日
出産年月日	4 : 平	年	月	日	
出産数					
妊婦合計負担額					
代理受取額					
請求取下げ理由					
備考					

出産育児一時金等の直接支払制度に係る過誤調整の流れ

