

公 告 第 3 2 7 号

平成 2 1 年 9 月 2 8 日

日本旅行健康保険組合

理事長 小谷野 悦光

組合規程「出産育児一時金等内払金支払規程」の新設について

平成 21 年 10 月 1 日より、出産育児一時金等の支払に関し、医療機関への直接支払制度が導入されます。

この制度は、病院、診療所又は助産所等の医療機関が、被保険者との契約により、支払機関を通じて直接健康保険組合に出産費用を請求し、出産育児一時金を充当するものです。

この制度において、実際の出産費用が出産育児一時金の金額未満であるとき、その差額は健保組合から、被保険者に対し支払うこととなります。

また、女性の被保険者に対しては付加給付金も支給されますが、付加給付金については直接支払制度の対象外であり、被保険者に別途支払う必要があること等から、それらの支払い方法、支払額等について規定を定めました。

新規程につきましては、健保組合ホームページ（健保組合からのお知らせ）に掲載いたします。

以上

出産育児一時金等内払金支払規程

(目 的)

第 1 条 この規程は、健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号)第86条又は第97条の規定に基づく出産育児一時金又は家族出産育児一時金(以下「出産育児一時金等」という。)の支給の申請が行われる蓋然性が高いと認められる場合において、出産育児一時金等の内払金を支払うために必要な事項を規定する。

(内払金の支払方法)

第 2 条 被保険者から、平成21年5月29日保発第0529008号厚生労働省保険局長通知「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度の取扱いについて」の別添「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱に基づき作成された明細書が添えられた、別添様式1の「直接支払制度利用 出産育児一時金等内払金(差額・付加給付金)請求書」の提出があったときは、当該被保険者に対し別添様式2の支払通知書を交付し、出産育児一時金等の内払金を支払うものとする。

(出産育児一時金等の内払金の額)

第 3 条 被保険者に対する出産育児一時金等の内払金の額は、組合において最終的に支給することとされている出産育児一時金等の額(付加給付を含む。)から明細書に記載されている医療機関等の代理受取額を控除した額とする。

(雑 則)

第 4 条 この規程に定めるもののほか、出産育児一時金等の内払金の支払に関し必要な事項は、別に理事長が定める。

附 則

1. この規程は、平成21年10月1日から施行する。

NO.

同 年 月 日	平成 年 月 日				常務理事	事務長	総務課長	担当者
直接支払による 出産育児一時金	拾万	万	千	百	拾	円		
出産費用決定額	拾万	万	千	百	拾	円	年 月 日	
※支払・支給決定の額 支給決定の額	(法定)差額	拾万	万	千	百	拾	円	平成 年 月 日
	付加	拾万	万	千	百	拾	円	被扶養者 台帳照合印
	支払額計	拾万	万	千	百	拾	円	
	分娩日					支給方	<input type="checkbox"/> 月給与にて支給 <input type="checkbox"/> 指定口座振込	

直接支払制度利用 出産育児一時金等の内払金(差額・付加給付金)申請書

平成 年 月 日 請求

被保険者証の記号と番号		記号	番号		
出生児の 関係事項	フリガナ				被保険者資格の有無
	出産者の氏名				有 ・ 無
	フリガナ				性別
	出生児の氏名				被保険者との続柄
	出産年月日	平成 年 月 日			出産児数
					死産児数
	出産した病院	名称			
所在地					円
死産のときはその旨				妊 娠 月	
					経過期間 週
上記の通り申請します。					
平成 年 月 日					
住 所 〒 _____					

被保険者名 _____ 印					
日本旅行健康保険組合 理事長 殿					

【添付書類及び注意事項】

- 1 申請にあたっては、医療機関が発行する「明細書(領収書)」の写しを必ず添付してください。
- 2 出生児を組合に加入させる時は、健保ホームページを参照のうえ「被扶養者届け(異動届)」も一緒に提出してください。

※任意継続被保険者の方及び休職等の場合で給与振込みのない方は下記をご記入下さい。
上記以外の方は原則給与で支給します。

銀行名	銀行	支店
	信用金庫	
口座の種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義	連絡先電話番号	

(別添様式2)

出産育児一時金等内払金(差額・付加給付金)支払通知書

平成 年 月 日

〒 ー

様

先に申請のありました、出産育児一時金等内払金(差額・付加給付金)の支払について
下記のとおり通知します。

日本旅行健康保険組合理事長 印

被保険者氏名		被保険者記号		被保険者番号	
申請年月日	平成 年 月 日				
支払額	出産育児一時金差額分	付加給付金		合計	
	円	円	円	円	
備考					

支払い方法			
<input type="checkbox"/> 給与払い	<input type="checkbox"/> 口座振込		
月の給与にてお支払します。	振込先	金融機関 店舗名	
		口座種別	
		口座番号	
		口座名義人	

※任意継続被保険者、休職等の場合で給与の支給がない方以外は、原則給与払いとさせていただきますので、ご了承ください。

問い合わせ先

〒 105 - 0004
東京都港区新橋2丁目16番1号 ニュー新橋ビル9階
日本旅行健康保険組合・給付担当
電話番号 03-3502-1777