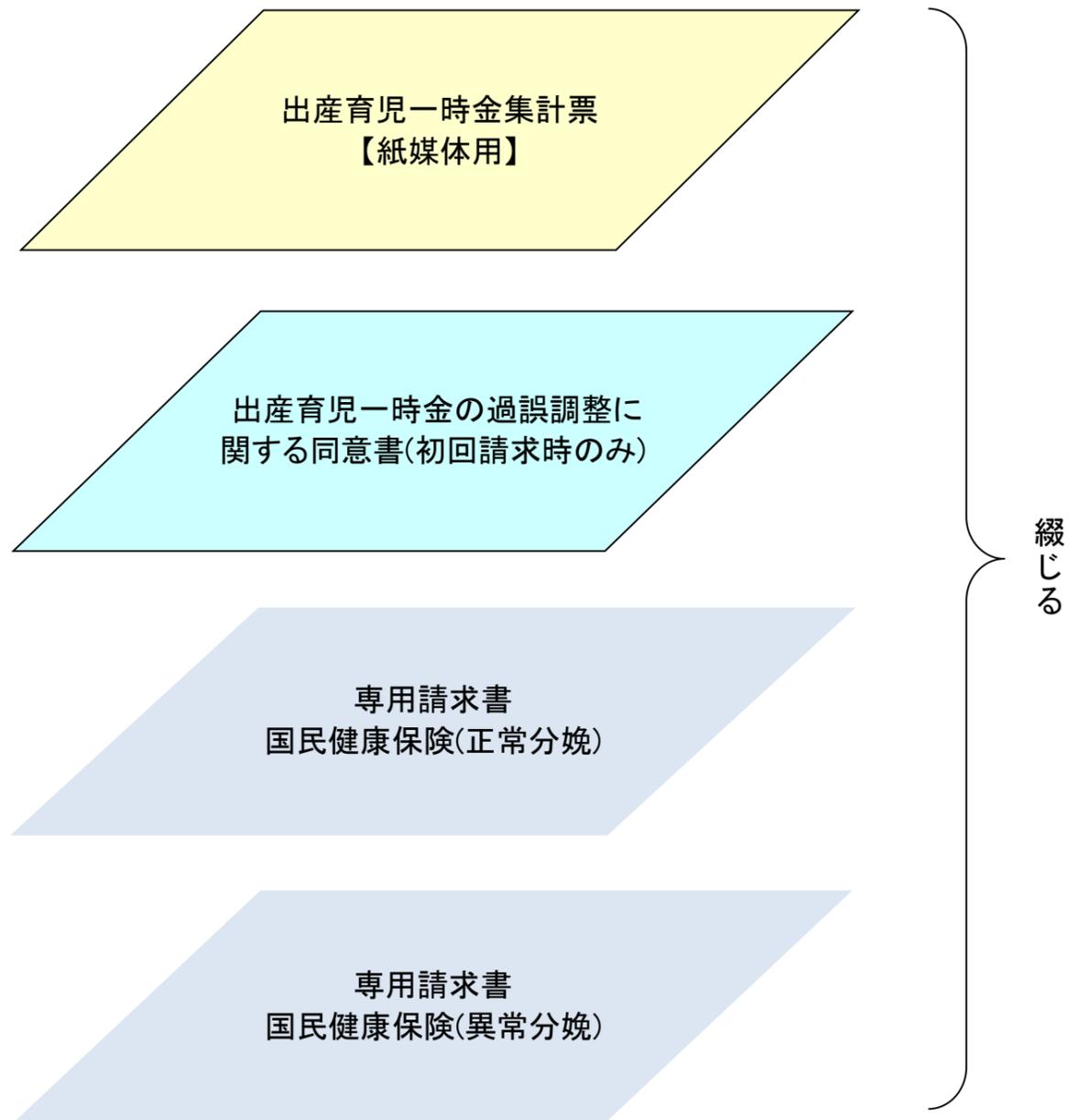


国保連合会請求時の出産育児一時金専用請求書等の綴り方

専用請求書(紙)



※過誤調整に関する同意書(初回請求時のみ)は集計票の次に綴じる。□

※専用請求書は保険者番号が小さい番号から順に上にまとめる。

国民健康保険団体連合会 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。

平成 年 月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書【正常・異常 分娩】

専用請求書(紙)記載方法

提出年月を記載
※出産年月ではない

正常分娩・異常分娩
どちらかを丸で囲む

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関等コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩機関管理番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等所在地及び名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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とおり支払を求めます。

| 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 | | | | | | | 3:昭 4:平 | 年 月 日 | | 4:平 年 月 日 | |
| 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 | 分娩介助料 | 分娩料 | 新生児管理保育料 | 検査・薬剤料 | |
| 1:有・2:無・3:混在 | | | | 1: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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

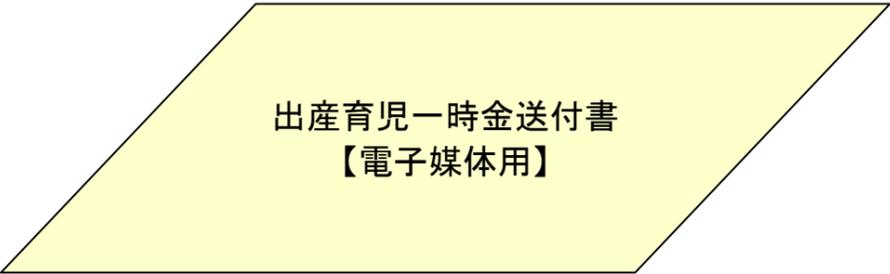
| | | | |
|----|------|-----|---------|
| 合計 | 取扱件数 | 出産数 | 代理受取額合計 |
| | | | |

保険者ごとの最終ページに合計を記載する。
※同じ保険者番号でも正常分娩と異常分娩を分けて記載する。

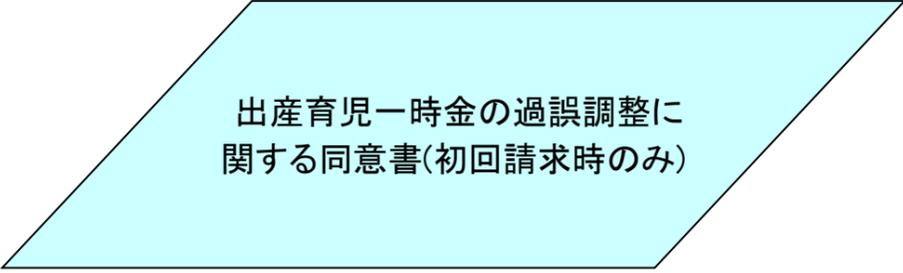
| |
|----|
| 頁数 |
| / |

保険者ごとに頁数を記載する。
3ページ中1枚目の場合、1/3とする。

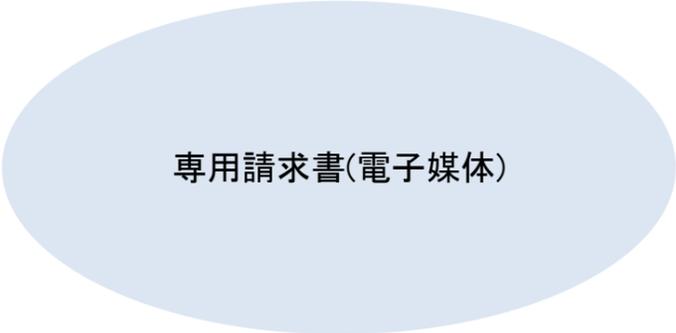
専用請求書(電子)



出産育児一時金送付書
【電子媒体用】



出産育児一時金の過誤調整に
関する同意書(初回請求時のみ)



専用請求書(電子媒体)

※電子媒体についてはCDR、MO、FDのいずれかとする。□

※電子媒体に必ずシールを貼付する。

京都府国民健康保険団体連合会 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）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 | 【取扱件数： 件】 【出産数： 件】 【受取代理額： 円】 | | |

※ 施設等区分及び媒体種類は、該当に○を付す。

備考欄に取扱件数・出産数・代理受取額の記載をお願いします。
※媒体内へのデータ格納洩れや請求データ数の漏れ等事前確認するためご協力ください。

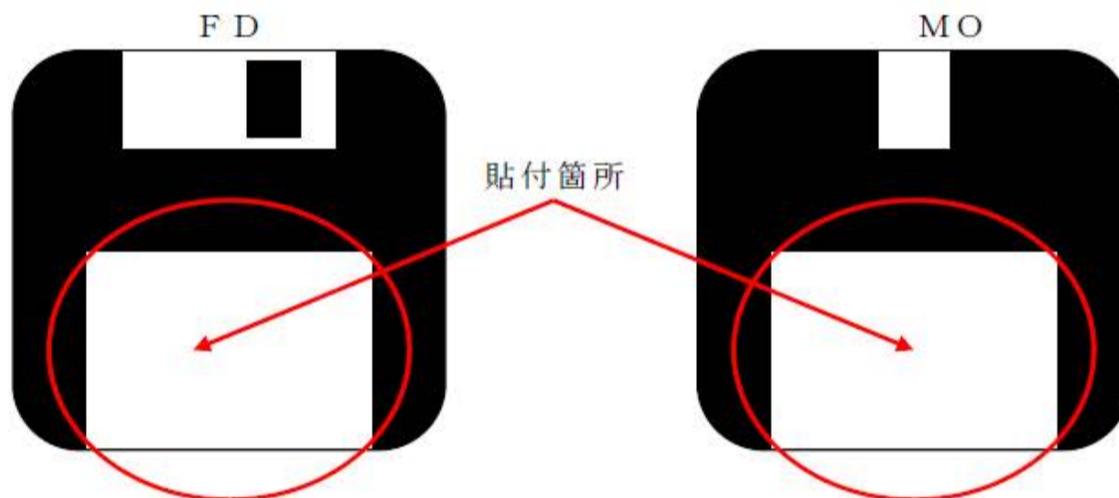
出産育児一時金等に係る電子媒体の表記

1 FD・MOへの貼付ラベル

| 出産育児一時金等 | | | | |
|----------|----|----|---|--|
| 医療機関等コード | | | | |
| 医療機関等名称 | | | | |
| 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。

