【B 提出書類確認表】 「B 出産費・家族出産費 附加金請求書（直接支払制度利用）」

組合員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【送付先】 日本郵政共済組合共済センター 給付担当
〒330-9792 埼玉県さいたま市中央区新都心３－１
℡：0120-97-8484（平日 9:00-18:00）

請求書類に必要事項を記入し、添付書類及び本紙をあわせて**「給付担当」あて**に送付してください。

◆ ご確認ください ◆

- ☐ **出産者の方が組合員本人又は被扶養者ではない場合、当共済組合へ請求できません。**出産者の方が加入されている保険組合等へお問い合わせください。
- ☐ 送金先の給与口座が人事システムの登録氏名と相違している場合、送金不能となりますのでご注意ください。
- ☐ 当該給付の給付事由が生じた日の翌日から２年以内に請求を行わないときは給付を受ける権利が消滅しますのでご注意ください。

必ずチェック欄に☑をしてご提出ください。

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
1	B 出産費・家族出産費 附加金請求書（直接支払制度利用）**（原本）**	☐	①出産者は組合員本人又は被扶養者である。 ②組合員氏名は直筆で記入している。（旧姓及び通称は記入不可） ③消えないボールペンで漏れなく記入している。

《組合員資格取得後もしくは被扶養者認定後6か月以内の出産又は退職後請求対象の出産に該当する場合》

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
2	医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書（合意文書）**（写し）**	☐	①直接支払制度の利用に合意している旨が記載されている。 ②保険者名が、「日本郵政共済組合」である。 又は、「31110281」の保険者番号の記載がある。 ③被保険者名が、組合員本人の氏名である。 ④記入日が、出産者の資格取得又は認定日以降の日付である。 ⑤医療機関等名の記載がある。

ご提出いただいた書類はお返ししませんので、必ず「写し」をご提出ください。

《死産の場合は上記書類とあわせて次の書類をご提出願います》

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
3	埋火葬許可証（写し）	☐	出産者氏名、分娩年月日、妊娠週数等が記載されている。

【注】 医療機関等から交付される明細書の「代理受取額」が、次の法定給付額未満の場合、差額の支給があります。
差額給付がある場合は、「C 出産費・家族出産費 差額・附加金請求書（直接支払制度利用）」をご提出ください。

【法定給付額（1 児につき）】

産科医療補償制度に加入の医療機関等で妊娠週数 22 週以降の出産	500,000 円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産又は妊娠週数 22 週未満の出産	488,000 円

（日本郵政共済組合　給付担当）

共済組合処理欄		
共済組合処理欄	出産育児一時金　　年　　月　　日 送金 （ 基金 ）	

B 出産費・家族出産費 附加金請求書 （直接支払制度利用）

組合員番号（＝社員番号8桁）	組 合 員 氏 名（自署）	組合員の生年月日
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（和暦）　年　月　日生
住所	（〒　－　）	
連絡先TEL	（勤務先） （自　宅） （携　帯）	所属（局・部・支店・課）
請求日（記入日）	令和　年　月　日　以下のとおり請求します。	

請 求 内 容 記 入 欄			
出産者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （組合員本人または被扶養者の氏名）	出産者の生年月日	（和暦）　年　月　日生
出産年月日	令和　年　月　日	組合員からみた出産児の続柄	子 ・ 孫 ・ その他（　）
出産児数	人	死産の場合	死産児数　人　妊娠日数　日
附加金請求金額	円 （１児につき40,000円）	出産場所（医療機関名等）	TEL（　）　ー

《退職後の出産の場合ご記入ください。》※1			
資格喪失後6か月以内の出産ですか	はい ・ いいえ ※「いいえ」の場合は請求できません	現在加入の保険組合等の名称	

請求に必要な添付書類（次に該当する組合員のみ）

・資格取得後もしくは被扶養者認定後6か月以内の出産又は退職後6か月以内の出産で下記※1に該当する組合員

☐ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）（写し）

※ご提出いただいた書類はお返ししませんので、必ず「写し（コピー）」をご提出ください。

決定通知書等送付先	共済組合に**登録されている**組合員ご本人の自宅住所（居住地住所）へ**郵送します**。
送金先	共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座（給与口座）へ送金します。
送金日	概ね**出産月の4～5か月後**です。（医療機関等から当共済組合に対し出産費の請求があり、その支払終了後になるため。請求は医療機関によって異なります。）

注　妊娠4か月（85日）以上の出産、死産、人工妊娠中絶が出産費・家族出産費・附加金の支給対象です。

※1　組合員の資格を喪失した日の前日までに1年以上組合員期間があり、退職後6か月以内に出産した場合、退職後出産するまでの間に他の組合の資格を取得していなければ、出産費を請求することができます。但し、現在ご加入の保険組合と重複して請求できません。

共済組合処理欄	受付		審査			入力			決定額	円

shussan_B_chokusetsu_fuka

（日本郵政共済組合　給付担当）

共済組合処理欄		
共済組合処理欄	出産育児一時金　　年　　月　　日 送金 （ 基金 ）	

・差額給付金がない（妊婦合計負担額が法定給付額以上）場合、こちらの様式にご記入ください。
　差額給付金がある（妊婦合計負担額が法定給付額未満）場合、「B 出産費・家族出産費 差額・附加金請求書」をご提出ください。
・消えないボールペンで漏れなくご記入ください。書き間違いの際は修正テープを使用せず二重線で訂正ください。
・出産者の方が組合員本人又は被扶養者の場合に請求できます。

B 出産費・家族出産費 附加金請求書 （直接支払制度利用）

組合員番号（＝社員番号8桁）	1 組合員氏名（自署）	組合員の生年月日
0 1 2 3 4 5 6 7	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ｷｮｳ ｻｲ ﾊﾅ ｺ 共 済 花 子	（和暦） 平成 ○ 年 10 月 10 日生

2 住所	（〒 141-○○○○） 東京都品川区東五反田○－○		
連絡先TEL	（勤務先） 048－○○○－○○○○ （自 宅） 03－○○○○－○○○○ （携 帯） 090－○○○○－○○○○	所属（局・部・支店・課） ○○郵便局　○○課	
3 請求日（記入日）	令和 ○ 年 4 月 1 日　以下のとおり請求します。		

請 求 内 容 記 入 欄

4 出産者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ｷｮｳ ｻｲ ﾊﾅ ｺ 共 済 花 子 （組合員本人または被扶養者の氏名）	出産者の生年月日	（和暦） 平成○ 年 10 月 10 日生
出産年月日	令和 ○ 年 3 月 10 日	組合員からみた出産児の続柄	(子)・ 孫 ・ その他（　）
出産児数	1 人	死産の場合	死産児数 人　妊娠日数 日
5 附加金請求金額	40,000 円 （１児につき40,000円）	出産場所（医療機関名等）	鶴亀産婦人科医院 TEL（ 03 ）○○○○－○○○○

6 《退職後の出産の場合ご記入ください。》※1			
資格喪失後6か月以内の出産ですか	はい ・ いいえ ※「いいえ」の場合は請求できません	現在加入の保険組合等の名称	

7 請求に必要な添付書類（次に該当する組合員のみ）	
・資格取得後もしくは被扶養者認定後6か月以内の出産又は退職後6か月以内の出産で下記※1に該当する組合員 ☐ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）（写し） **※ご提出いただいた書類はお返ししませんので、必ず「写し（コピー）」をご提出ください。**	
8 決定通知書等送付先	共済組合に**登録されている**組合員ご本人の自宅住所（居住地住所）へ**郵送します**。
送金先	共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座（給与口座）へ送金します。
送金日	概ね**出産月の4～5か月後**です。（医療機関等から当共済組合に対し出産費の請求があり、その支払終了後になるため。請求は医療機関によって異なります。）

注　妊娠4か月（85日）以上の出産、死産、人工妊娠中絶が出産費・家族出産費・附加金の支給対象です。
※1　組合員の資格を喪失した日の前日までに1年以上組合員期間があり、退職後6か月以内に出産した場合、退職後出産するまでの間に他の組合の資格を取得していなければ、出産費を請求することができます。但し、現在ご加入の保険組合と重複して請求できません。

共済組合処理欄	受付		審査			入力			決定額	円

shussan_B_chokusetsu_fuka

1	組合員氏名	組合員氏名を**直筆**にてご記入ください。 注）①人事システムに登録の氏名をご記入ください。（旧姓及び通称でのご請求はできません。） ②ご夫婦ともに組合員の場合は、出産された方の氏名をご記入ください。
2	住所	「居住地住所」をご記入ください。 注）転居等で登録住所が相違している場合は、勤務先へ届け出ください。 決定通知書は、登録住所（居住地住所）へ郵送します。
3	請求日	「出産年月日」以降の日付で請求書を記入した日付をご記入ください。
4	出産者氏名	出産された方の氏名をご記入ください。 注）①出産児の氏名ではありません。 ②出産された方が組合員本人又は被扶養者ではない場合は請求できません。
5	請求金額	「附加金請求額」は1児につき、40,000円です。 ※今回請求する出産に関しての児数です。
6	退職後の出産の場合	退職後のご請求は、請求書下段※1をご確認ください。
7	必要添付書類	①次のいずれかに該当する組合員の方は、保険者名等を確認しますので「合意文書」をご提出ください。『添付書類の一例』をご確認ください。 ・当共済組合の組合員資格取得後6か月以内の出産の場合 ・出産者の方が被扶養者認定6か月以内の出産の場合 ・退職後6か月以内で請求対象となる出産の場合 ②ご提出いただいた書類はお返ししませんので、必ず「**写し（コピー）**」をご提出ください。
8	送金先及び送金日	①給与口座の『口座名義人』氏名が人事システムの登録氏名と相違している（旧姓である等）場合、送金不能となりますのでご注意ください。 ②送金日は、医療機関等から当共済組合に対し出産費の請求があり、その支払終了後になるため、概ね出産月の4～5か月後となります。出産費の請求は医療機関によって異なります。

記入漏れ、記入間違いや送付漏れの書類がある場合は、書類の返送や電話連絡を行う場合があります。
その際は送金が遅れる場合がありますのでご了承ください。
電話連絡の場合、0120-97-8484の番号が表示されます。

該当の組合員のみ
添付書類の一例
（Ｂ　附加金用）

出産費・家族出産費　附加金（直接支払制度利用）を請求される方で、**次に該当する場合は、「合意文書」の提出が必要です。**

・組合員資格取得後6か月以内の出産又は出産者の方が被扶養者認定後6か月以内の出産の場合。
・退職後請求対象の出産となる場合。（請求書下段※1参照）

◆上記に該当しない場合は提出の必要はありません。◆

【医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）】の例

※医療機関等によって名称及び様式が多少異なります。

見本

出産育児一時金等の直接支払制度利用合意書

当院では、できるだけ現金でお支払いいただかなくて済むよう、21 年 10 月からはじまった「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」をご利用いただくことを原則としております。

○　妊婦の方がご加入されている医療保険者に、当院が妊婦の方に代わって出産育児一時金（※）を請求いたします。手続きについて手数料はいただきません。
（※）　家族出産育児一時金、共済の出産費及び家族出産費を含みます。

○　退院時に当院からご請求する費用について、原則50万円の一時金の範囲内で、現金等でお支払いいただく必要がなくなります。
・　出産費用が50万円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。
・　出産費用が50万円未満で収まった場合は、その差額を医療保険者に請求することができます。
※　当院が医療保険者から受け取った一時金の額の範囲で、妊婦の方へ一時金の支給があったものとして取り扱われます。

○　帝王切開などの保険診療を行った場合、3 割の窓口負担をいただきますが、一時金をこの３割負担のお支払いにも充てさせていただきます。

○　この仕組みを利用なさらず、一時金を医療保険者から受け取りたい場合には、お申し出ください。その場合、出産費用の全額について退院時に現金等でお支払いいただくことになります。

＜妊婦の方へのお願い＞
①　入院時に保険証をご提示ください。また、入院後、保険証が変更された場合には、速やかに変更後の保険証をご提示下さい。
※　退職後半年以内の方で、現在は国民健康保険など退職時とは別の医療保険にご加入の
給付を受けることもできます。その際は、退職時に交付さ
険証と併せ提示ください（詳細は以前のお勤め先にお問い

開など高額な保険診療が必要とわかった方は、加入
度額適用認定証」等を申請し、お会計の際
にたければ、一般に 3 割の窓口負担が「¥80,100＋か
療費の
え置かれます（所得により異なります）。入院時にお持
方は、退
にご入手ください。
限度額適用
証等をお持ちにならないと請求額が高額になることも
ので、忘れずにお持ち下さい。
～～～