

受取代理制度導入届

1. 施設の基本情報等について、記載願います。

※(2)・(3)については、該当するものに○を付して下さい。

※助産所においては、(3)への記載は不要です。

(1) 施設名称	
(2) 施設属性①	ア 医療機関 ・ イ 助産所
(3) 施設属性②	ア 産婦人科単科 ・ イ その他
(4) 所在地	
(5) 連絡先	TEL : FAX : 担当者 :

2. 以下の(1)及び(2)について、直近の会計年度の実績を記載願います。

※平成25年4月以降に新たに分娩を取り扱うこととなった医療機関等については、分娩取扱開始月の取扱件数等を記載して下さい（実績の記載が困難な場合は、見込みを記載）。

(1) 分娩取扱件数 (件)	
(2) 医業収入に占める正常分娩に係る収入の割合 (%)	

3. 受取代理制度を活用する理由を記載願います。 (任意・自由記載)

(例) ・直接支払制度への対応が、資金繰りの面から困難であるため

・直接支払制度への対応が、事務負担の面から困難であるため

[

]

出産育児一時金等の受取代理制度の活用を希望するので、本届を提出いたします。

平成 年 月 日 (代表者名)

印

(注意事項)

2. の(2)における医業収入は、次の①から③までの収入とします。

- ①入院診療収入…保険診療収入（医療保険、公費負担医療など）、公害等診療収入（公害医療、労災保険、自動車損害賠償責任保険など）、その他の診療収入（自費診療、特別室の特別料金など）
- ②外来診療収入…保険診療収入、公害等診療収入、その他診療収入
- ③その他の医療関係収入…助産又は妊婦等の保健指導による収入、学校医・産業医・当番医の手当、健康診断、予防接種、各種検診等の公衆衛生・地域医療活動などによる収入、受託検査収入、臨時に他の医療機関を手伝って得た診療受託料、文書料など