

事 務 連 絡  
平成 2 5 年 4 月 2 2 日

日本医師会 御中

厚生労働省保険局保険課

### 出産育児一時金等の受取代理制度の届出について

出産育児一時金等の受取代理制度の届出については、「出産育児一時金等の受取代理制度に係る届出について」（平成 2 4 年 4 月 1 8 日保険局保険課事務連絡（以下「平成 2 4 年届出事務連絡」という。））で、その取扱いが定められています。

平成 2 4 年届出事務連絡の 3（1）で、改めて平成 2 5 年度以降の受取代理制度の届出の取扱いをお示しすることとしていましたが、今回、受取代理制度の更新等に関する届出の取扱いについて、下記のとおりとするので、貴会会員への周知等をお願い申し上げます。

### 記

#### 1 対象医療機関等

対象医療機関等は、「出産育児一時金等の支給申請及び支払方法について」（平成 2 3 年 1 月 3 1 日保発 0 1 3 1 第 6 号）別添 2 「「出産育児一時金等の受取代理制度」実施要綱」の第 3 のとおり、年間の平均分娩取扱件数が 1 0 0 件以下の診療所及び助産所や、収入に占める正常分娩に関する収入の割合が 5 0 %以上の診療所及び助産所を目安として、受取代理制度を導入する医療機関等とする。

#### 2 届出方法について

##### （1）平成 2 5 年度において、新規に受取代理制度を導入する医療機関等

平成 2 5 年度において、受取代理制度を新規に導入する予定である医療機関等は、「受取代理制度導入届」（別添 1）に必要事項を記載の上、平成 2 5 年 5 月 1 3 日（月）までに下記送付先あて必着するよう、FAX 又は郵送にて送付すること。

※平成 2 5 年 5 月以降に新たに分娩の取扱を開始した医療機関等であって、受取代理制度を導入するものについては、分娩取扱開始後速やかに送付すること。

##### （2）平成 2 4 年度までに届出し、平成 2 5 年度においても、受取代理制度を引き続き利用する医療機関等

平成 2 5 年度においても、受取代理制度を引き続き利用する以下の医療機関等は、「受取代理制度変更届」（別添 2）に必要事項を記載の上、平成 2 5 年 5 月 2 0 日

(月)までに下記宛先あて必着するよう、FAX又は郵送にて送付すること。

- ・受取代理制度を利用する全ての病院
- ・施設基本情報等に変更がある診療所及び助産所
- ・直近の会計年度において、年間の平均分娩取扱件数が100件超の診療所及び助産所であって、収入に占める正常分娩に関する収入の割合が50%未満の診療所及び助産所

※直近の会計年度において、年間の平均分娩取扱件数が100件以下の診療所及び助産所や、収入に占める正常分娩に関する収入の割合が50%以上の診療所及び助産所であって、施設の基本情報等に変更がない場合には、「受取代理制度変更届」(別添2)を届出する必要はないこと。

(3) 平成25年5月以降、施設の基本情報等を変更する医療機関等

施設の基本情報等を変更する医療機関等は、「受取代理制度変更届」(別添2)に必要事項を記載(別添2の2への記載は、不要)の上、速やかに下記送付先あてFAX又は郵送にて、送付すること。

(4) 受取代理制度の活用を廃止する医療機関等

受取代理制度の活用を廃止する医療機関等は、受取代理制度を廃止することが明らかになった時点で、「受取代理制度廃止届」(別添3)に必要事項を記載の上、速やかに下記送付先あてFAX又は郵送にて、送付すること。

(送付先) 厚生労働省保険局保険課企画法令第1係

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL: 03-5253-1111 (内線3247)

03-3595-2556 (直通)

FAX: 03-3504-1210

### 3 留意事項

(1) 平成26年度以降の届出の取扱いについて

平成26年度以降の届出の取扱いについては、おおよそ1年ごとに、改めて届出の取扱いについて示す予定であること。

(2) 医療保険者への情報提供

受取代理制度を導入する医療機関等の名称及び所在地については、届出をもとに、厚生労働省において一覧を作成し、医療保険者あて情報提供することとしているので、あらかじめ承知おき願いたいこと。

## 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 :<br>FAX :<br>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

## 受取代理制度変更届

1. 施設の基本情報等について、記載願います（変更箇所の下線を引いて下さい）。

※(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 :<br>FAX :<br>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。

※直近の会計年度において、年間の平均分娩取扱件数が100件以下の診療所及び助産所や、収入に占める正常分娩に関する収入の割合が50%以上の診療所及び助産所は、2への記載は不要です。

|                              |  |
|------------------------------|--|
| (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 (%) |  |

出産育児一時金等の受取代理制度の活用に関する届出の内容を変更するので、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

## 受取代理制度廃止届

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 :<br>FAX :<br>担当者 : |

2. 受取代理制度の活用を廃止する日について、記載願います。

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| 受取代理制度の活用廃止日 | 平成      年      月      日 |
|--------------|-------------------------|

出産育児一時金等の受取代理制度の活用を廃止するので、本届を提出いたします。

平成      年      月      日      (代表者名)

印