

患者氏名：

患者 ID：

关于“一次性分娩费的直接支付制度”的 利用意向确认书

（关于该制度）

- 本院代孕妇向其所加入的医疗保险承保人申请一次性分娩费。不收手续费。包括“一次性家人分娩费（家族出産一時金）”、共济（共済）的“分娩费（出産費）”及“家人分娩费（家族出産費）”。
- 关于出院为止的住院费用，原则上在 42 万日元补助费范围之内将无需患者以现金等方式支付。
 - ①如果费用超过 42 万日元，请在窗口支付不足的部分。
 - ②如果费用不足 42 万日元，可向医疗保险承保人申请返还该差额。
- 如果进行了医疗保险范围内的剖腹产等的时候，将会需要支付诊疗费的百分之三十。医院也会用该补助费充当该百分之三十的费用。
- 如果不利用该制度，想自己从医疗保险领取补助费的话，则需在出院时用现金结清全部住院费用。

选择不利用该制度者请在下面的利用确认栏“（不利用）”上打勾后提交本院。

（向医疗保险承保人申请补助费时需要提交本意向确认书副本。）

（孕妇须知）

- 住院时请出示保险证。住院后如果保险证有变更，请尽快提交变更后的新保险证。
- 通过产前检查等，已知需要剖腹产等可适用保险的费用较高的医疗措施的孕妇，请向您所加入的医疗保险承保人申请“限额适用认定证（限度額適用認定証）”，并向本院出示该认定证。住院时尚未办好此证的产妇，请在出院前办好。没有限额适用认定证（限度額適用認定証）的话，有可能需要自费支付高额的医疗费。

我接受上述说明，对（医疗保险承保人名称） 支付的补助费直接支付制度	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 不利用
--------------------------------------	--

年 月 日

被保险人（户主）姓名	
产孕妇姓名（若非户主）	
诊疗卡号	
预产期	年 月 日

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。