

## 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ください）。

※(2)・(3)については、該当するものに○を付してください。

※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。

※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。

令和 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