

## 关于利用分娩育儿临时补助费的直接支付制度的说明书 /出産育児一時金の直接支払制度の利用に関する説明書

### 什么是分娩育儿临时补助费/出産育児一時金とは

加入了各种日本社会医疗保险的人(被保险人、抚养家属)分娩时, 将支付由政令规定金额的分娩育儿临时补助费等。(金额是由你的分娩的医疗机构是否加入了产科医疗保障制度而不同。)

/日本の公的医療保険の加入者(被保険者・被扶養者)が出産した場合、出産育児一時金等として政令で定める金額が支給されます。(金額は、あなたの分娩機関が産科医療保障制度に加入しているかどうかで異なります。)

### 什么是分娩育儿临时补助费等向医疗机构直接支付制度 /出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度とは

医疗机构等代替日本社会医疗保险加入人(被保险人, 申请 以及领取分娩育儿临时补助费(包含家族分娩临时补助费, 共济的分娩费以及家属分娩费)的制度。

由于申请手续是由准备分娩的医疗机构代替办理, 所以能减轻申请手续方面的负担。 另外, 也不需要准备高额的分娩费用。

/医療機関等が日本の公的医療保険加入者(被保険者)に代わって、出産育児一時金(家族出産一時金、共済の出産費および家族出産費を含みます)の支給申請および受取を行う制度です。

手続きは、出産予定の医療機関等で行うため、手続き面の負担が軽減されます。また、あらかじめ多額の出産費用を用意しなくて済みます。

- 本院为了减轻出院时等的负担, 原则上请利用这个制度。不需要申请手续费。

/当院では、退院時等の負担軽減のために、この制度を利用いただくことを原則としています。

この手続きの手数料はかかりません。

- 出院时, 由于本院的分娩费用原则一个孩子在42万日元的临时补助费的范围内, 所以不需要再支付任何费用。

/退院時に当院から請求する費用について、原則、1児につき42万円の一時金の範囲内で、支払う必要がなくなります。

- (i) 如果一个孩子的分娩费用超过42万日元, 请在窗口支付不足的部分。

/出産費用が1児につき42万円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払い頂きます。

- (ii) 如果一个孩子的分娩费用少于42万日元, 可以向医疗保险承保人申请退还剩余部分。

/出産費用が1児につき42万円未満の場合は、その差額を医療保険者に請求することができます。

患者氏名 :  
患者ID :

中文/中国語

- 如果进行了剖腹产等医疗保险适用对象诊疗时，自己需要支付诊疗费的百分之三十。医院也会用临时补助费来充当应该负担的百分之三十的诊疗费用。

/帝王切開などの保険診療を行った場合は、診療費の3割の自己負担額が発生します。

一時金をこの3割負担額のお支払いにも充てさせていただきます。

- 如果想直接从医疗承保人领取临时补助费而不打算利用该制度的话，需在出院时支付全额分娩费用。另外，即使选择不利用该制度者也请在下面的利用确认栏 “（☐不同意）” 上打勾后提交本院。（向医疗保险承保人申请临时补助费时提交本确认书副本。）

/この制度を利用せず、一時金を医療保険者から直接受け取りたい場合は、出産費用の全額を退院時に支払っていただかないといけません。なお、この制度を利用しない場合でも、別紙の合意書で、「利用しません」にチェックして、当院へ提出してください。医療保険者への一時金請求には、合意書控えが必要になります。

## 孕妇须知/妊婦の方へお願い

- 住院时请出示保险证。同时，住院后如果保险证有变更，请尽快提交变更后的新保险证。

/入院時に保険証をご提示ください。また、入院後に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ください。

- 通过产前检查等，需要进行剖腹产等高额保险诊疗的孕妇，请向您所加入的医疗保险承保人申请“限度额适用认定证（限度額適用認定証）”，并向本院出示该认定证。住院时没有此证的产妇，请在出院前办好申请手续。没有出示限度额适用认定证（限度額適用認定証）的话，有可能需要支付高额的医疗费。

/妊婦健診などにより、帝王切開などの高額な保険診療が必要になった場合、加入されている医療保険者に「限度額適用認定証」を申請し、当院へその認定証をご提示ください。入院時に認定証を持っていない方は、退院時までに申請手続きをしてください。限度額適用認定証の提示がないと請求額が高額になることもあります。

患者氏名 :  
患者ID :

中文/中国語

关于利用分娩育儿临时补助费的直接支付制度的同意书  
/出産育児一時金の直接支払制度の利用に関する合意書

|                                                      |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 接受了以上说明，理解了直接支付制度。<br><br>/以上説明を受け、直接支払制度について理解しました。 | <input type="checkbox"/> 利用直接支付制度<br>/直接支払制度を利用します。<br><br><input type="checkbox"/> 不利用直接支付制度<br>/直接支払制度を利用しません。 |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

年/年 月/月 日/日

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| 被保険人（户主）姓名<br>/被保険者（世帯主）氏名      |             |
| 孕产妇姓名（若非户主）<br>/妊産婦氏名（世帯主でない場合） |             |
| 预产期<br>/出産（予定）日                 | 年/年 月/月 日/日 |

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。  
/患者さんの個人情報については院内の規定に基づき対応させていただきます。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。  
本資料是在医生及法律专家的监督下所编撰的，因日本和其他国家的语言和制度上的不同，有不同的解释时，以日语为准。