

☐ 被保険者
☐ 家族

出産育児一時金請求書(本人支払用)

医療機関直接支払用
 は別にあります

トランス・コスモス健康保険組合

請求者が記入するところ	① 被保険者記号番号	記号		番号		② 会社名				
	フリガナ					④ 生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	③ 被保険者の氏名									
	⑤ 被保険者の住所	(〒 -)								
	⑥ 連絡先電話番号	() ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。								
	⑦ 分娩年月日	令和 年 月 日			⑧ 家族の分娩である時は 家族の氏名					
	⑨ 出産医療機関	名称								
		所在地					電話番号			
	⑩ 振込先銀行口座			銀行・信組			支店・出張所 本店・営業部			
				金庫・農協						
【金融機関コード】					【店番号】					
口座番号							口座名義は、健康保険組合に登録されている被保険者名義と同一のものに限ります。氏名変更をされたときはご連絡ください。			
フリガナ										
口座名義										

普通預金口座を
 ご指定ください

【留意事項】

- ・申請者名義は必ず健康保険組合に登録されている名義としてください。異なる名義では受付できません。
- ・ここでいう「家族」とは、被扶養者として健康保険組合の認定を受けている方となります。

【添付書類】

見本①・②を参照ください。

見本①

①医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写し

※「直接支払制度を用いていない旨」の記載および産科医療補償制度加入のスタンプのあるもの

見本②

②医療機関等との合意文書の写し

※「直接支払制度を用いていない旨」の記載したもの

③医師、助産師が発行した出生証明書類等、または市区町村長が発行した戸籍謄本(抄本)

または下記の「医師等の証明」または「市区町村長の証明」のいずれか一方で証明を受けてください。

※死産の場合は「医師等の証明」の証明を受けてください。

医師等の証明	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)
			出生時の数	単胎・多胎(児)
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	医療機関の 名称 所在地 電話番号 医師・助産師氏名			

市区町村長の証明 (生産のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	出生児氏名	出生年月日	
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	市区町村長名 印			

【送付・問合せ先】

〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目23-3 タゴシンビル4階

受付印

給付担当 0120-917-596 問い合わせる際には被保険者の記号番号をお伝え下さい。

健 保 記 入 欄	備考				
	提出				
	日付				
	決裁書番号	G-	/	/	/