

☐ 被保険者
☐ 家族

出産育児一時金請求書(直接支払用)

本人支払用は
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 会社の名称				
	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 金庫・農協				支店・出張所 本店・営業部				
【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】

- ・令和6年10月1日以降分娩について、直接支払制度を利用し出産費用が出産育児一時金の額を下回っていない場合は、本請求書の提出は不要です。
- ・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・見本②を参照ください。

見本① ・医療機関等から交付を受けた明細書または領収書の写し
(出産日・出産児数・代理受取額・専用請求書の内容と相違ない旨の記載、産科医療補償制度対象分娩の場合は、その旨が印字やスタンプ等により明記されたもの)

見本② ・医療機関等との合意文書の写し
(直接支払制度を利用する旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの)

【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

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

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。出産育児一時金の時効の起算日については「出産日の翌日」となります。

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

受付印