

【メール提出不可】

【直接支払制度 利用者向け】

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金差額・付加金申請書

被 保 険 者 （ 社 員 ） 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	—	被 保 険 者 の 氏 名		
	事 業 所 の 名 称		所 （ 勤 務 先 ） 属		
	医 療 機 関 等	名 称			
		住 所	〒		
	出 産 年 月 日	年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ・ 生 産 死 産 混 在	
	出 生 児 数	生 産 () 人 ・ 死 産 () 人	死 産 の 場 合 妊 娠 経 過 期 間	ヶ月 週	
	出 産 し た 家 族 の 氏 名	続 柄 ()	生 年 月 日	年 月 日	
本件給付金を上記のとおり請求します。 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。（※）				年 月 日	
〒 被 保 険 者 の 住 所					
被 保 険 者 の 氏 名					
日 中 の ご 連 絡 先 ()					
A I G 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿					
（※）給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。（任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込）					

この請求書により、医療機関等からの請求額が出産育児一時金の支給額に
満たない場合の差額と、付加金を請求することができます。

差額が発生しない場合でも、付加金のみを請求いただくこととなりますので、
この請求書をご提出ください。

受 付 印

***この請求書に必要事項をご記入の上、下記書類を添えて提出して下さい。（裏紙での申請不可）**

添
付
書
類

下記三点は全て医療機関から交付されます。

(1) 「代理契約に関する合意文書」の写し

- ①AIG健保名 ②「直接支払制度に合意する旨」の記載 ③被保険者名
④医療機関名及び代表者名

(2) 「出産費用の内訳に関する明細書」の写し

- ①出産年月日 ②出産児数 ③「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載 ④代理受取額等が記載されているもの

(3) 「領収書（産科医療補償制度加入機関のスタンプ印又は「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記）の写し

※（2）にスタンプ印又は文言がある場合は、（3）は提出不要です。

※産科医療補償制度対象出産でない場合は、スタンプ印又は文言はありません。

提
出
先

(社) ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。

住所：〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階

社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て

※任意継続者の方は直接、AIG健康保険組合に送付して下さい。