

【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

記入例

被保険者 (社員) 記入欄	被保険者証の 記号と番号	99 - 99999	被保険者の氏名	健保 太郎	
	事業所の名称	○△◇ 株式会社	所 (勤務先)	○×支店	
	医療機 関等	名称	○○○産婦人科医院		
		住所	〒999-0000 東京都○○区○○○町1-1-1		
	出産年月日	令和4 年 2 月 1 日	生産・死産の別	生産 死産 ・ 生産死産混在	
	出生児数	生産(1)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	健保 花子 続柄(妻)	生年月日	昭和 55 年 1 月 1 日	
本件給付金を上記のとおり請求します。 令和 4 年 4 月 5 日 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。(※) 被保険者の住所 〒999-0000 東京都○○区○○○町2-2-2 被保険者の氏名 健保 太郎 日中のご連絡先 03 (○○○○) ×××× 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

*この請求書に必要な事項をご記入の上、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。
- 「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
 - 「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
 - 「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。