

【メール提出不可】

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金・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。(※) 〒 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)					年 月 日	

医師・助産師又は市区町村長証明欄	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	出生児の数	単胎・多胎(児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関等の 名称・所在地 〒 医師・助産師名					
	本籍				筆頭者氏名	
出生届年月日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	年 月 日	
証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名					㊟

*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)

受付印

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
 - AIG健保名
 - 「直接支払制度に合意しない」旨の記載
 - 被保険者
 - 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
 - 出産年月日
 - 出産児数
 - 「直接支払制度利用していない」旨の記載
 - 出産費用金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。

注意

*直接支払制度を利用せず窓口で出産費を全額支払った場合必ず【医師・助産師又は市区町村長証明欄】に出産したことの証明を受けて下さい。証明がない場合や提出書類に不備・不足があった場合は一切受け付けられませんのでご注意ください。

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。