

【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

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 属 (オ フ ィ ス)	○×オフィス	
	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)					

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	産 婦 人 科 医 院 (産 婦 人 科)		
	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			
市区町村長 証明欄	本 籍	筆 頭 者 氏 名		
	出 生 届 年 月 日	年 月 日	日	年 月 日
	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				押印の省略はできません (病院の証明がある場合は不要です)

*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)

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。

(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しない」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「直接支払制度利用していない」旨の記載 ④出産費用金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。

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下さい。

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。