**【メール提出不可】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者等記号・番号/Global ID |  | 被保険者の氏名 |  | 生年月日 |  |
|  |  |  | 単胎・多胎 |
| （分娩前に請求するときは予定年月日） |  年 月 日 | 左記の分娩日は実分娩ですか、又は分娩の予定によるものですか | 1.実分娩（分娩予定 年 月 日）2.分娩の予定 |
|  |  年 月 日から 年 月 日まで （ 日間） |
| 上記期間中報酬を受けたか |  |
| ・受けない |  年 月 日から 年 月 日まで （ 日間） |
| 入院の費用を健康保険本人の扱いとして入院したとき | 扱いの入院期間 |  年 月 日から 年 月 日まで （ 日間） | 被扶養者の有無 | ある ・ ない |
|  |  |
|  所在地 |  |
|  | 氏 名 |  | 生年月日 |  年 月 日 | 続 柄 |  |
| 本件給付金を上記のとおり申請いたします。　　請求者（被保険者）  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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 AIG健康保険組合理事長 殿　　 電話 　　　　　 （ 　　 ）**（※）給付金は、毎月末日健保受付締め切り、翌々月給与に振込いたします。**（任意継続者は、翌々月20日登録口座へ振込） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主の証明 |  年 月 日から 年 月 日まで |  日間労務に服しなかった。 | 事業主氏名 |   |
| 報酬を支給した（支給すべき）期間及金額は 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師・助産婦が意見を書くところ | ※分娩予定年月日欄についても必ず記入してください |  年 　 月 日 | 分娩予定 |  年 月 日 | 多胎妊娠の別 |
| 単胎　・　多胎 |
| 入院の費用を健康保険本人扱いとして入院した期間 |  　 年　 月 　 日から 　　　　 日間 　 年 　 月 　 日まで | 分娩後のときは生産・死産の別 | 正常分娩　・　異常分娩生産・死産（妊娠 　 月） |
|  上記のとおり相違ないことを証明する。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日  助産婦 　　　　　　　　　　　　　　　　印 　　　　　　　 　　 　 　　　　 電話 （ ） |

〔注意事項〕 ・この申請書に必要事項をご記入・押印下さい（裏紙での申請不可）

・病院で医師の証明を必ず受けてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印

〔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 2024/12