**【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