

【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<br>保<br>険<br>者<br>（<br>社<br>員<br>）<br><br>記<br>入<br>欄                      | 被保険者等<br>記号・番号                                                             | 99 — 99999      | 被保険者の氏名                   | 健保 太郎          |  |
|                                                                              | Global ID                                                                  | 1234567         |                           |                |  |
|                                                                              | 事業所の名称                                                                     | ○△◇ 株式会社        | 生年月日                      | 〇〇年 〇 月 〇 日    |  |
|                                                                              | 医療<br>機<br>関<br>等                                                          | 名称              | 〇〇〇産婦人科医院                 |                |  |
|                                                                              |                                                                            | 住所              | 〒999-0000 東京都〇〇区〇〇〇町1-1-1 |                |  |
|                                                                              | 出産年月日                                                                      | 〇〇 年 〇 月 〇 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<br>妊娠経過期間           | ヶ月<br>週        |  |
|                                                                              | 出産した家族の<br>氏名                                                              | 健保 花子 続柄（ 妻 ）   | 出産した家族の<br>生年月日           | 〇〇 年 〇 月 〇 日   |  |
|                                                                              | 本件給付金を上記のとおり請求します。 〇〇 年 〇 月 〇 日<br>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 東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2<br>被保険者の氏名 健保 太郎<br>日中のご連絡先 03（〇〇〇〇）×××× |                 |                           |                |  |
| A I G健康保険組合理事長 殿<br>（※）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になりますので、この請求書をご提出ください。

\*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）

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「直接支払制度に同意する旨」の記載 ③被保険者名  
④医療機関名及び代表者名

（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「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

（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。

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。

受付印