

【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	被保険者等 記号・番号	—	被保険者の氏名			
	Global ID					
	事業所の名称		生年月日			
	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（ ）	出産した家族の 生年月日	年 月 日		
	本件給付金を上記のとおり請求します。年 月 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 〒						
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）						

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
	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				
	印				

***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 ①「直接支払制度に合意しない」旨の記載 ②被保険者 ③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出生児数 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。

受 付 印