

【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	被保険者等 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 機関 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 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）	出産した家族の 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				
	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					
被保険者の氏名 健保 太郎					
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					
（※）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	出生児の名前（姓・名・姓）			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日		医師・助産師の記入欄		
	医療機関等の名称・ 所在地 〒				
	医師・助産師名				
	本 籍	市区町村の記入欄		名	
	出生届年月日	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		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）			
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ください。

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