

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

※被保険者記入用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の	1 0 - 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 3 年 1 0 月 0 1 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎	
	住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △ ) 愛知 都 道 府 県 名古屋市□□□□□□□□	
電話番号 (日中の連絡先)	0 5 2 ( × × × ) × × × ×		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号 □□□□□□□□
	口座名義	▼カタカナでご記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点 (゜) 半濁点 (ゝ) は1字としてご記入下さい。 ケンポ 〃 ハナコ	口座名義 の区分 2 1.被保険者 2.代理人

▼口座名義の区分が「2. 代理人」の場合は必ず受取代理人欄に記入下さい。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	住所	被保険者との 関係
	氏名	健 保 太 郎 住所 東京都□□□□□□□□□□ (フリガナ) ケンポ ハナコ 健 保 花 子	妻

社会保険労務士の提出代行者名記載欄				



被保険者氏名 **健保 太郎**

※被保険者・医師・市区町村長記入用

① 出産した方	<b>2</b>	1.被保険者 2.家族（被扶養者）
①-1家族の場合は その方の	氏名 <b>健保 花子</b>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <b>8</b> 年 <b>2</b> 月 <b>15</b> 日
② 出産した年月日	令和 <b>5</b> 年 <b>11</b> 月 <b>5</b> 日	
③ 生産または死産の別	<b>1</b>	1.生産 2.死産 3.生産・死産混在
③-1 「生産」の場合 出生児数	<b>1</b> 人	③-2 「死産」の場合 死産児数 <input type="text"/> 人
③-2-1 「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数	<input type="text"/> 満 ( ) 週 ( ) 日	
④ 出生児の氏名	<b>健保 令一</b>	
⑤ 出産した医療機関等	名称 <b>〇〇〇病院</b>	所在地 <b>愛知県</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑥ 出産した方	<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者→ 退職後6か月以内の出産ですか。</li> <li>●家 族→ リゾートトラスト健康保険組に加入後6か月以内の出産ですか。</li> </ul>	<b>2</b> 1.はい 2.いいえ
<b>上記が⑥欄が「1.はい」の場合のみご記入ください。</b>		
⑥-1 「はい」の場合、「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。	保険者名 <b>〇〇〇〇健康保険組合</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者→ 現在加入している保険者について</li> <li>●家 族→ リゾートトラスト健康保険加入前に加入していた保険者について</li> </ul>	記号 <b>××</b> 番号 <b>××××××××</b>	
⑥-1-1 同一の出産について、 ⑥-1の保険者より出産育児一時金を	<b>2</b>	1.受けた/受ける予定 2.受けない

添付書類に「出産年月日」及び「出産児数」が記載されていない場合、医師等の証明を受けてください。

証明欄 (いずれかに ご記入 ください)	医師・助産師による	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎→ ( ) 児	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産→ 満 ( ) 週 ( ) 日
		上記の通り相違ないことを証明する。		医療施設の所在地 医療施設の名称
		令和 年 月 日	医師・助産師の氏名	
	市区町村長による (生産のみ)	本籍	筆頭者氏名	
	母の氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
	出生児氏名			
	上記の通り相違ないことを証明する。		市区町村長名	
	令和 年 月 日			印