

▼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) ケンボ タロウ <b>健 保 太 郎</b>			
	住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △ ) <b>愛知</b> 都 道 府 県 <b>名古屋市</b> □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
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	□ □ □	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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 ( ˘ ) は1字としてご記入下さい。 <b>ケンボ` ハナコ</b>		口座名義の区分	1 1.被保険者 2.代理人

▼口座名義の区分が「2.代理人」の場合のみご記入ください。

受 取 代 理 人 欄	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 6 年 4 月 1 日
	被保険者	氏名 <b>健 保 太 郎</b>	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 <b>東京都</b> □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	被保険者との 関係
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ <b>健 保 花 子</b>	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
-------------------

受付日付印
-------

常務理事	事務長		

被保険者氏名

健保 太郎

※被保険者・医師・市区町村長記入用

申請 内容	① 出産した方	2	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 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 8年 2月 15日
	② 出産した年月日	令和 5年 11月 5日	
	③ 生産または死産の別	1	1.生産 2.死産 3.生産・死産混在
	③-1 「生産」の場合 出生児数	1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		満 週 ( ) 日
④ 出生児の氏名	健保 令一		
⑤ 出産した医療機関等	名称 ○○○病院	所在地 愛知県	<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	●被保険者→ 退職後6か月以内の出産ですか。 ●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。	2	1.はい 2.いいえ
上記が⑥欄が「1.はい」の場合のみご記入ください。			
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 ○○○○健康保険組合		
	●被保険者→ 現在加入している保険者について ●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	記号 ×× 番号 ××××××××	
⑥-1-1 ⑥-1の保険者より出産育児一時金を		2	1.受けた/受ける予定 2.受けない

添付書類の領収・明細書(写)に「出産年月日」及び「出生児数」が記載されていない場合のみ下欄に証明が必要となります。  
添付書類に「出産年月日」及び「出生児数」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)	明 師 出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
	の 助 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
	場 合 による	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	
	に 医師・助産師の氏名	令和 年 月 日		
	ご 証明の町 本籍	筆頭者 氏名		
記 入 母の氏名	出生年月日	令和 年 月 日		
入 出 出生児氏名				
く 上 上記の通り相違ないことを証明する。		市区町村長名	印	
だ 令 令和 年 月 日				