

▼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	被保険者証の 記号	1 0	番号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	<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 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	□ □ □	<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 ()	□ □ □	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 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 (ˆ) は1字としてご記入下さい。 ケンボ ` ハ ナ コ			口座名義 の区分

▼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	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 6 年 4 月 1 日
	氏名	健 保 太 郎	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	住所	(〒△△△ - △△△△) TEL ××× (×××) ××××	被保険者との 関係
	代理人 (口座名義人)	住所 東京都 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ (フリガナ) ケンボ ハナコ 氏名 健 保 花 子	妻

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 <input type="text"/> 週 (<input type="text"/>) 日	
④ 出生児の氏名	健保 令一		
⑤ 出産した医療機関等	名称 〇〇〇病院	所在地 愛知県 <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 〇〇〇〇健康保険組合		
	●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 (いづ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→ (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産→ 満 <input type="text"/> 週 (<input type="text"/>) 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	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	