

▼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		☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	()				

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.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。		
			口座名義 の区分	☐ 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
	氏名	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)	(フリガナ) 氏名		

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		※被保険者・医師・市区町村長記入用									
申請内容	① 出産した方	☐ 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		生年月日		☐ 昭和 ☐ 平成		年		月 日	
	② 出産した年月日	令和 年 月 日									
	③ 生産または死産の別	☐ 1.生産 ☐ 2.死産 ☐ 3.生産・死産混在									
	③-1 「生産」の場合 出生児数	☐ 人		③-2 「死産」の場合 死産児数	☐ 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										
	⑤ 出産した医療機関等	名称		所在地							
	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。				☐ 1.はい ☐ 2.いいえ					
	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					
	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	●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					
					☐ 1.受けた／受ける予定 ☐ 2.受けない						

証明欄（いづれかにご記入ください）	医師・助産師による場合	出産者氏名	出産年月日		令和 年 月 日	
		出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎→ () 児	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 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		
	市区町村長（生産のみ）による場合	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		印
令和 年 月 日						