健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金　内払金支払依頼書 差額申請書

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入下さい。　※被保険者記入用

被保険者情報			
被保険者証の	記号 ― 番号	生年月日	□ 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		
代理人（口座名義人）	住所　（〒　－　）　TEL　（　） 氏名　（フリガナ）	被保険者との関係	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

常務理事	事務長			

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

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。	●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	保険者名 記号　番号
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		□ 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「出産児数」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。

証明欄（いずれかにご記入ください）					
医師・助産師による証明の場合	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。 令和　年　月　日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
市区町村長による証明の場合（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。 令和　年　月　日	市区町村長名　印			