

## 近畿薬剤師国民健康保険組合育児休業等応援金支給要綱

制定 令和7年12月8日

### 1 目的

組合員の世帯に出産した被保険者（以下「出産被保険者」という。）がある場合において、組合員の育児に要する経済的負担の軽減を図るため、育児休業等に対する応援金（以下「応援金」という。）の支給を行うことを目的とする。

### 2 適用日

令和7年4月1日（出産分）から適用する。

### 3 出産被保険者（支給対象者）

- (1) 組合員及び組合員の世帯に属する家族（被保険者）とする。
- (2) 出産日から6か月経過日まで継続して当組合に在籍かつ、当組合において国民健康保険出産育児一時金を支給した者とする。
- (3) 死産、流産の場合は対象外とする。
- (4) 育児休業の取得の有無は問わないものとする。

### 4 支給額

- (1) 組合員本人が出産した場合 100,000円（一児につき）
- (2) 組合員の世帯に属する家族（被保険者）が出産した場合 40,000円（一児につき）

対象者 (出産被保険者)	支給額 (一児につき)	備考
組合員 (1種・2種・3種)	100,000円	出産した者が対象のため、10万円と4万円の重複支給はない。
組合員の世帯に 属する家族	40,000円	

### 5 支給額の決定

「3 出産被保険者（支給対象者）」の確認ができたときは、速やかに応援金を決定し、組合員及び事業主に通知する。

### 6 支給方法

組合員の指定する口座に振り込むこととする。

### 7 支給申請書

別添「育児休業等応援金支給申請書」による。

### 8 支給決定の取消し・返還

応援金の支給決定を受けた者が偽りその他の不正な手段により支給を受けたときは、当該決定を取り消し、支給した全額を返還させる。

## 記入例

## 近畿薬剤師国民健康保険組合 育児休業等応援金支給申請書

出産被保険者記号番号	薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 枝番 0 1
出産被保険者氏名	薬国花子
出産被保険者 生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日
出産年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日

出産された方の被  
保険者記号番号、  
氏名、生年月日を  
記入してください

上記のとおり申請いたします。

令和 X 年 X 月 X 日

住所 大阪市中央区和泉町○丁目○番○号

申請者  
(組合員) 氏名(自署) 薬国花子

組合員が記入してくだ  
さい

電話番号 XX-XXXX-X XXX

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長様

振込先欄	金融機関名	○○ 銀行・信用金庫 信用組合・農協	△△ 本店・支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号 0000000
	フリガナ	ヤクコク ハナコ	
	口座名義人	薬国花子	

※上記組合員については出産日から6か月経過日まで当国保組合に加入していることを認めます。

《事業主確認欄》

※この欄は事業主が記入してください

事業所名

○○薬局

令和 X 年 X 月 X 日

事業主名(自署)

近薬一郎

※(事務処理欄)

受付印	種別	組合員				家族	
	応援金の額	□ 100,000 円				□ 40,000 円	
	支給決定金額	決裁	理事	室長	課長	主担当	副担当
	円						
		令和 年 月 日 決定					