出産育児一時金の支給申請について

【支給対象】

- 医療機関等で直接支払制度を利用しなかった方
- 出産費用が出産育児一時金の支給額以内であった方（差額支給申請）
- 妊娠4ヶ月（12週・85日）以上で出産した方（流産・死産・人工妊娠中絶を含む）

【支給額】

一児につき500,000円（ただし、妊娠22週未満の出産、産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は488,000円）

なお、医療機関等で直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の支給額を下回った場合は、その差額分（差額支給申請）

【組合へご提出いただく書類】

出産育児一時金支給申請書

直接支払制度を利用していない場合は以下3点の書類を添付してください

1. 出産の事実を証明できる、**母子健康手帳**の出生届出済証明欄の写し
   ※流産・死産の場合は妊娠週数12週以上の出産を証明できるページの写し
2. 医療機関等から交付された、直接支払制度を利用しない旨を記載した**合意文書**の写し
3. 出産費用の**領収・明細書**の写し
   ※産科医療補償制度に加入している医療機関等において出産した場合は制度加入機関であることを証明するスタンプの押印があること

返送用宛名ラベル　↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019
大阪市中央区和泉町1丁目3番8号
大阪府薬剤師会　西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合　行

近畿薬剤師国民健康保険組合
〒540-0019　大阪市中央区和泉町1丁目3番8号　大阪府薬剤師会　西館2階　☎（06）6946 － 9151

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

被保険者記号番号	薬国					－				－			
母親の氏名及び生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日					母親の個人番号（マイナンバー）							
分娩年月日	令和　　年　　月　　日												
分娩の種類	□正常　□早産（　　週）　□流産（　　週）　□死産（　　週）												
直接支払制度	□利用している　□利用していない												
産科医療補償制度加算	□有り　□無し												

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

申請者（組合員）　住所

氏名（自署）　　電話番号　（　　）

申請者の個人番号（マイナンバー）

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 農協・信用組合		本店・支店 出張所
	預金種目	普通　・　当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

直接支払制度を利用していない場合は、以下３点の書類を添付してください。

1．出産の事実を証明できる、**母子健康手帳** 出生届出済証明欄の写し。
　※流産・死産の場合は妊娠週数 12 週以上の出産を確認できるページの写し。
2．医療機関等から交付された、直接支払制度を利用しない旨を記載した**合意文書**の写し。
3．産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、制度加入機関であることを証明するスタンプが押印されている**領収書**の写し。

※（事務処理欄）

受付印	出産育児一時金の額（A）	□５００，０００円　□４８８，０００円					
	医療機関直接支払額（B）	円	差額支給額（A）－（B）	円			
	支給決定金額	決裁	理事	室長	課長	主担当	副担当
	￥						
		令和　　年　　月　　日決定					