

産科医療補償制度 登録証

妊産婦用（控）

妊産婦管理番号	
※ 登録済み 妊産婦管理番号	

※今回の出産について、他院にて既に登録されている場合は、登録済みの妊産婦管理番号をご記入ください。なお、登録に際しては、「登録済み妊産婦管理番号」が優先されます。

【産科医療補償制度について】

分娩に関連して発症した重度脳性まひのお子様とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的とした制度です。

【産科医療補償制度の対象について】

産科医療補償制度に加入している分娩機関（病院、診療所および助産所）で生まれた赤ちゃんがこの制度の対象となります。この登録証は、当院の管理下においてお産した場合、この制度の対象となることをお示しするものです。

- 記入後はただちに分娩機関へご提出ください。控えとしてこの登録証をお渡しします。
- この登録証は母子健康手帳にはさみ込むなど、出産後5年間は大切に保管してください。
- 当院以外の分娩機関へ転院した場合は、転院先の分娩機関に必ずこの登録証をご提示ください。
- 補償申請できる期間は、お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです。

※極めて重症であって、診断が可能となる場合は、生後6ヶ月から申請を行うことができます。

■妊産婦記入欄

太枠内をご記入ください。この登録証は、複写式になっています。ボールペンで強めの筆圧でお書きください。

お名前 (name)	フリガナ					
	姓		名			
生年月日 (birthday)	西暦	年	月	日生		
電話番号 (phone number)		—	—	注 携帯電話を優先してご記入ください。		
記入日（登録証交付日） (date of registration)	西暦	20	年	月	日	
分娩予定年月日 (due date)	西暦	20	年	月	日	注 分娩後にご記入の場合は、実分娩日をご記入ください。ただし、転院（他院で登録証交付済）の場合は、予定日をご記入ください。
分娩予定胎児数 (the number of fetuses)			人		注 「今回で出産予定の人数」をご記入ください。例）双子の場合は、2人と記入。	

法人名・分娩機関名	分娩機関管理番号	<input type="text"/>
-----------	----------	----------------------

お問い合わせ先

産科医療補償制度専用コールセンター

☎ 0120-330-637 受付時間：午前9時～午後5時
(土日祝日・年末年始を除く)

産科医療補償制度ホームページ

<http://www.sanka-hp.jcqhch.or.jp/>

