

(分娩機関名)

御中

産科医療補償制度 補償認定依頼書(別表第二書式)

妊産婦氏名		妊産婦管理番号*1 (または登録済み妊産婦管理番号)		
フリガナ		性別 男・女 いずれかに○印を お願いします。	生年月日	20 年 月 日
患者の氏名				
フリガナ		患者との関係 いずれかに○印を お願いします。	親権者・未成年後見人	
補償請求者(代表者)の氏名				
フリガナ		〒 -		
補償請求者(代表者)の現住所				
		電話番号	-	-
<p>○ 産科医療補償制度による補償認定を、必要書類を添えて依頼します。</p> <p>→ 20 年 月 日*2 (補償請求者*3)</p> <p>(父) (自署)</p> <p>(母) (自署)</p>				

- *1 「産科医療補償制度 登録証」の妊産婦管理番号をご記入ください。
登録済み妊産婦管理番号が記載されている場合は、そちらの番号をご記入ください。
なお、転院されている場合などで、番号がご不明の場合は、登録されている番号を分娩機関にご確認ください。
- *2 本依頼書の記入日は、補償請求用専用診断書の作成日以降としてください。
- *3 補償請求者は、患者が未成年のため患者の保護者(親権者または未成年後見人)となります。