

2022年1月1日以降に出生したお子様用

保護者（補償請求者）の皆様へ

産科医療補償制度

補償申請のご案内

2021年10月



人の安心、医療の安全 JQ

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

もくじ

| | |
|-----------------------|----|
| I. 補償申請の全体的な仕組み | 3 |
| 1. 補償申請から補償金支払いまでの流れ | 3 |
| 2. 補償申請期間 | 4 |
| 3. 補償請求者の範囲 | 4 |
| 4. 補償金額 | 4 |
| 5. 補償対象 | 5 |
| II. 補償申請の手続き | 6 |
| 1. 補償申請の流れ | 6 |
| 2. 提出書類の記入および取得要領 | 7 |
| ステップ1 診断書の取得 | 7 |
| ステップ2 提出書類の準備 | 10 |
| ステップ3 分娩機関に提出 | 13 |
| III. 補償申請後の流れ | 14 |
| 1. 分娩機関から運営組織への補償認定請求 | 14 |
| 2. 受理通知 | 14 |
| 3. 審査結果の通知 | 14 |
| 4. 補償金の請求 | 15 |
| IV. 補償申請手続きに関するQ&A | 16 |
| V. 産科医療補償制度 標準補償約款 | 18 |
| VI. 各種変更手続き | 20 |

はじめに

産科医療補償制度について

産科医療補償制度は、産科医不足の改善や産科医療提供体制の確保を背景に、より安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、以下の目的で創設されました。

目的1 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償します。

目的2 脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供します。

目的3 これらにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ります。

日本医療機能評価機構について

産科医療補償制度の運営組織である公益財団法人日本医療機能評価機構は、国民が適切で質の高い医療を受けられるようにと、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価する第三者機関として1995年に設立された法人であり、産科医療補償制度の運営事業の他、医療機関の機能評価、医療安全に関する各種事業を行っております。産科医療補償制度においては、公正で中立な第三者機関として、補償対象の認定、長期の補償金支払手続（保険金請求手続）、原因分析および再発防止等の制度運營業務を行います。

「産科医療補償制度 補償申請のご案内」について

この「産科医療補償制度 補償申請のご案内」は、産科医療補償制度の補償申請を行うにあたって必要なことがらを説明したものです。「補償対象となる脳性麻痺の基準」の解説などの詳細については、産科医療補償制度ホームページやP.18の標準補償約款をあわせてご参照ください。

このご案内をお読みいただき、必要な書類をお取りそろえのうえ、補償申請手続きを行ってください。

なお、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく以下のお問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営部 審査課

☎ 03-5217-3188

受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日・年末年始除く）



産科医療補償制度ホームページ

産科医療

検索

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

I. 補償申請の全体的な仕組み

1. 補償申請から補償金支払いまでの流れ

I. 補償申請の全体的な仕組み

II. 補償申請の手続き

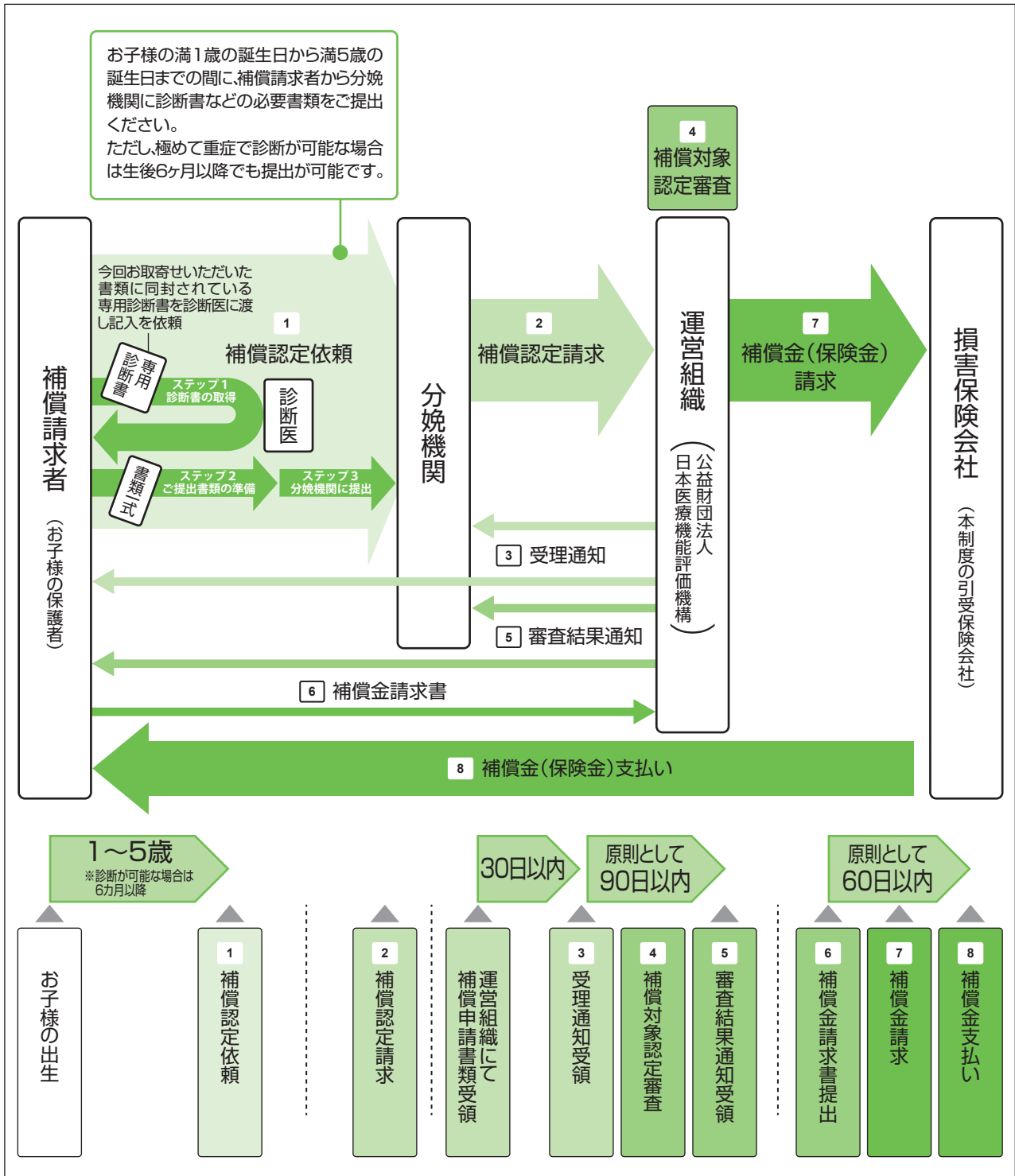
ステップ1
診断書の取得
ステップ2
ご提出書類の準備
ステップ3
分娩機関に提出

III. 補償申請後の流れ

IV. 補償申請手続きに関する
Q & A

V. 産科医療補償制度
標準補償約款

VI. 各種変更手続き



2. 補償申請期間

補償申請を行うことができる期間は、以下の通りです。

お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日まで

※ただし、極めて重症で診断が可能と判断された場合は、生後6ヶ月から申請することができます。

※上記の補償申請期間中に、分娩機関へ診断書などの必要書類をご提出ください。

満5歳の誕生日を過ぎてからの補償申請は受付することができません。

なお、補償申請の時期につきましては、お子様の状態を診察し診断書を作成する専門の医師の助言に従ってください。

3. 補償請求者の範囲

補償申請を行うことができる人は、脳性麻痺のお子様の保護者（親権者または未成年後見人であって、お子様を現に監護している方）です。

4. 補償金額

補償対象と認定された場合は、以下の金額が補償金として支払われます。

| 補償内容 | 補償金額 |
|------------------------------|-------------------------------|
| 準備一時金 ※看護・介護を行うための基盤整備のための資金 | 600万円 |
| 補償分割金 ※看護・介護費用として毎年定期的に支給 | 総額 2,400万円 <年間120万円を20回給付> |

5. 補償対象

産科医療補償制度では、運営組織が補償対象として認定した場合、補償金をお支払いします。補償対象と認定されるためには、補償約款第二条第一項第二号に規定された「脳性麻痺」の定義に合致し、「補償対象基準」、「除外基準」、「重症度の基準」の3つの基準をすべて満たす必要があります。

1. 補償対象基準

次の基準を満たして出生したこと

在胎週数が28週以上であること

2. 除外基準

先天性や新生児期等の要因によらない脳性麻痺であること

- 一 児の先天性要因（両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常又は先天異常）※¹
- 二 児の新生児期の要因（分娩後の感染症等）※²
- 三 妊娠若しくは分娩中における妊婦の故意又は重大な過失
- 四 地震、噴火、津波等の天災又は戦争、暴動等の非常事態

このほか、児が生後6ヶ月未満で死亡した場合は、補償対象となりません。

※¹ 「先天性要因」の存在が明らかでない場合や、先天性要因が存在してもその先天性要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は、除外基準には該当しません。

※² 「新生児期の要因」とは、分娩後に、分娩とは無関係に発症した疾患等（感染症、髄膜炎、脳炎、その他の神経疾患、虐待、その他の外傷など）をいいます。新生児期の要因の存在が明らかでない場合や、新生児期の要因が存在してもその新生児期の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は、除外基準には該当しません。

3. 重症度の基準

身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること

重症度の判定は、身体障害者福祉法の身体障害認定基準（身体障害者手帳の障害程度等級）を参考にしていますが、身体障害認定基準そのものによるのではなく、産科医療補償制度の専用の診断書および診断基準によるものとしています。

Ⅱ. 補償申請の手続き

補償申請を行うときは、補償請求者からお産をした分娩機関に対して、補償対象となる脳性麻痺の基準についてご確認のうえ、下記の流れに沿って①～⑤の書類をすべてそろえて、ご提出ください。その後、分娩機関が運営組織に補償申請を行います。

1. 補償申請の流れ

ステップ1 診断書の取得



専門の医師が診断可能と判断されたら、同封の「産科医療補償制度補償請求用専用診断書（補償認定請求用）」を、専門の医師に作成してもらってください。

【取得する書類】

①産科医療補償制度 補償請求用専用診断書
（補償認定請求用）

⇒ P.7

※頭部画像データ（フィルムのコピーまたは電子媒体）もご提出ください。

ステップ2 提出書類の準備



診断書の取得が完了しましたら、以下の書類を準備してください。

【記入する書類】

②補償認定依頼書

⇒ P.10

③個人情報に関する同意の確認書

⇒ P.11

【コピーする書類】

④母子健康手帳の写し（各1枚）

⇒ P.12

⑤登録証の写し

⇒ P.13

ステップ3 分娩機関に提出

①～⑤すべての書類がそろいましたら、お産をした分娩機関に書類一式をご提出ください。

2. 提出書類の記入および取得要領

ステップ1 診断書の取得

①産科医療補償制度 補償請求用専用診断書（補償認定請求用）

- ・専門の医師が診断可能と判断されたら、同封の「産科医療補償制度 補償請求用専用診断書（補償認定請求用）」を作成してもらってください。
- ・次のいずれかの条件を満たす医師が、この診断書を作成することができます。

- 身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師
- 日本小児神経学会の定める小児神経専門医の認定を受けた医師

- ・この条件を満たし、あらかじめ診断への協力をご了解いただいた医師を、「診断協力医」として産科医療補償制度ホームページに一覧を掲載していますので、ご参照ください。

【産科医療補償制度ホームページ】

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



- ◇トップページから「診断書・診断医について」－「診断協力医一覧」をクリックしてご確認ください。
- ◇ホームページを閲覧できない方は、運営組織までお問い合わせください。

- ・診断書取得にあたっての費用は、補償請求者のご負担となります。

ただし、審査委員会の審査の結果、補償対象外となった場合は、補償請求者に対し運営組織より診断書取得にあたっての費用の一部補助として1万円（定額）が支払われます。

産科医療補償制度 補償請求用 専用診断書 (補償認定請求用)

2020年4月改定版

この診断書は、産科医療補償制度における補償認定請求時に必要な脳性麻痺に関する診断書です。
この診断書の作成にあたっては、以下の点にご注意ください。

<作成にあたっての注意点>

1. 産科医療補償制度では、この診断書は次のいずれかの条件を満たす医師が作成することとしています。
 - ① 身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師
 - ② 日本小児神経学会の定める小児神経専門医の認定を受けた医師上記の条件を満たす医師であらかじめ診断への協力を「診断協力医」として登録していますが、診断協力医に登録していない医師でも上記の条件を満たす医師であればこの診断書を作成することができます。
2. 児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までに診断してください。ただし、重度脳性麻痺であるとの診断が可能な場合は、生後6ヶ月から診断してください。
3. 低緊張型脳性麻痺または上肢のみの障害で補償認定請求を行う場合は、原則として、3歳以降の診断に基づき作成してください。
4. 不明な点等がありましたら、以下のお問い合わせ先までご連絡ください。

補償の可否についての最終的な判断に関しては、産科医療補償制度の運営組織である公益財団法人日本医療機能評価機構が審査委員会において審査を行い、補償対象の認定を行います。

【診断書作成に関するお問い合わせ先】

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営部 審査課

TEL: 03-6217-3188

受付時間: 午前9時～午後5時 (土日祝日除く)

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| |
|--|
| |
|--|

B-205 (9/2016)020

■診断を受けるにあたってのお願い

(1) 診断を受ける時期について

補償申請期間は、お子様の満1歳の誕生日（極めて重症で診断が可能と判断された場合は、生後6ヶ月）から満5歳の誕生日までです。診断に時間を要する場合がありますので、5歳の誕生日が近い場合は、診断書作成に要する期間等にご留意のうえ、受診されるようお願いいたします。なお、診断医に対しても、満5歳の誕生日が近いお子様の診断を行う場合は、所要期間等を考慮して診断されるようご案内しております。

産科医療補償制度は、脳性麻痺のお子様やそのご家族の経済的負担を速やかに補償することを目的のひとつとしていますが、補償に関して正確な診断を行うため、障害の程度や状態によっては、お子様が一定の年齢に達してからでないと診断ができない場合があります。診断ができる時期については、専門の診断医の助言に従い、診断医が診断可能と判断するまでお待ちください。

【早い年齢では診断や障害程度の判定が困難な場合】

| | |
|--|----------------------|
| 低緊張型脳性麻痺の場合 | 原則として3歳以降の診断 |
| 上肢のみの障害で補償申請する場合 | 原則として3歳以降の診断 |
| 「下肢・体幹運動」、および「上肢運動」のいずれかの障害程度では重症度の基準を満たしていないが、下肢・体幹および上肢の両方に障害がある場合（片麻痺等） | 原則として4歳以降の診断および動画の提出 |

(2) 診断を受けるための準備

診断書の作成にあたり、いくつかの検査が必要となる場合があります。脳性麻痺に関する診察や検査を受けた医療機関と異なる医療機関で診断書を作成してもらう場合は、診断が円滑に行われるよう、診察や検査を受けた医療機関から紹介状を入手し、診断書を作成してもらう医療機関にお渡しすることが望まれます。

なお、過去の診察や検査の結果が不明な場合、改めて検査が必要になることや、診断に時間を要することもありますので、ご注意ください。

また、審査委員会において必要であると判断される場合、運営組織より追加資料の提出等をお願いする場合がございますので、ご協力ください。

なお、診断を受けるにあたっては、予約等が必要となる場合があります。また、医師や医療機関によって診療日や診療時間も異なりますので、事前に医療機関へご連絡のうえ、産科医療補償制度の補償申請にかかる受診であることをお伝えください。

(3) 診断書に添付されるお子様の写真の撮影について

診断書には、お子様の生活の様子がわかる写真を添付していただくこととしています。この写真は、診断や審査において、お子様の全身の状態（座った姿勢、寝た姿勢など）や移動の状況（寝がえり、はいはい、つかまり立ち、歩行など）から、お子様の病状をみるために提出していただくものです。

写真の撮影については、医師またはご家族のどちらが行っても良いこととしています。診断を受ける際、ご家族が事前に撮影された写真をお持ちいただきますと、その中から診断医が適切な写真を選択し、診断書に添付します。なお、写真を持参された場合でも、診断医の判断により、あらためて撮影をお願いする場合や、医療機関にて再度撮影する場合がありますので、診断医の指示に従っていただきますようお願いいたします。

以下の点にご留意の上、全身の状態および移動の状況がわかる写真をそれぞれ数枚ずつ撮影してください。

- 姿勢など、全身の状態が確認できるよう、できるだけ薄着の状態
- お子様の普段の全身の姿勢（座った姿勢、寝た姿勢など）
- 移動の状況（寝がえり、はいはい、つかまり立ち、歩行など）が確認できる場面

ステップ2 提出書類の準備

② 補償認定依頼書（1枚）

- 同封の「産科医療補償制度 補償認定依頼書（別表第二書式）」に、下の記入例のグリーン字の箇所をすべてご記入のうえ、ご署名ください。

お産をした分娩機関の名前をご記入ください。

(分娩機関名)
 ○○ 分娩機関 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 | 日本 花子 | 妊産婦管理番号 ^{*1} <small>(または登録済み妊産婦管理番号)</small> | 1234567890 |
| フリガナ | ニホン イチロウ | 性別 | 男・女 |
| 患者の氏名 | 日本 一郎 | <small>性別欄に○印を お願ひします。</small> | 生年月日 20XX年 X月 X日 |
| フリガナ | ニホン タロウ | 患者との関係 | 親権者・未成年後見人 |
| 補償請求者(代表者)の氏名 | 日本 太郎 | <small>性別欄に○印を お願ひします。</small> | |
| フリガナ | トウキョウトチヨダクカンダミサキチュウ1チョウ4バン17ゴウトウヨウビル | | |
| 補償請求者(代表者)の現住所 | 〒 101 - 0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号東洋ビル | | |
| | 電話番号 | 090 - 1111 - 1111 | |

○ 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。

20〇〇年 〇月 〇日^{*2} (補償請求者^{*3})

(父) 日本 太郎 (自署)

(母) 日本 花子 (自署)

お産の前に分娩機関から交付された「産科医療補償制度登録証」に記載された番号をご記入ください。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。

補償請求者の代表の方を一人選び、代表の方のお名前をご記入ください。

補償請求者全員のご署名をお願いいたします。
 ＊親権者が複数の場合、お子様の父と母の双方のご署名が必要です。

①②③④⑤の必要書類をすべて揃えた後、分娩機関に書類一式を提出する日をご記入ください。

*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。

③ 個人情報に関する同意の確認書（1枚）

・この「確認書」は、記載された①から④について、運営組織が、お子様や保護者の方の個人情報を取得、利用、第三者提供することについての同意の有無を回答いただくものです。

補償金お支払可否の審査、補償金のお支払い、原因の分析、再発防止を行うにあたっては、お子様の診断内容等に関する情報が不可欠なため、①から③について、同意いただけないものがあれば、補償認定の手続きに入ることができません。

したがって、「①、②、③に関して同意しません。」にチェック「レ」印を記入された場合は、補償認定の審査を行うことができず、手続きが終了となりますので、ご注意ください。

④につきましては、運営組織では、診断医に個人情報を提供することにより、今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上につながることから、同意いただきたいと考えておりますが、同意されない場合でも、補償認定等を行う上で不利益が生じることはありません。

診断医に提供する個人情報とは「審査結果のお知らせ」に記載される次の情報をいいます。「補償請求者（保護者）名」、「お子様の氏名」、「お子様の生年月日」、「審査結果（補償対象外と判定された場合はその理由）」

個人情報に関する同意の確認書

（運営組織）
公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

私（患者）は、産科医療補償制度に関して、運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）が私及び私の保護者並びに親族の個人情報（過去に取得したものを含みます。）を、次の①から④に掲げる個人情報の取得、提供を行うことについて、同意の有無を回答します。

- ① 運営組織が、補償対象の認定、補償金の支払い、脳性麻痺が生じた原因の分析、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、本制度の目的を達成するために取得し、自ら利用すること
- ② 補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関（引受保険会社を含む）等の運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
- ③ 補償金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引受保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供すること
- ④ 今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求用診断書を作成した診断医に対して個人情報を提供すること

同意有無の回答は、下記のいずれかにチェック「レ」印を記入してください。

全て同意します。
 ①、②、③に関して同意します。ただし、④のみ同意しません。
 ①、②、③に関して同意しません。

※ ①、②、③の同意を拒否された場合は、補償認定の手続きに入ることができません。
 ※ ④については、診断医に個人情報を提供することにより、今後の補償認定請求用診断書の作成に当たり診断の質の向上につながるものです。同意されない場合でも、補償認定等を行う上で不利益が生じることはありません。

（ご注意）親権者が複数（父と母）の場合、代理人欄には患者の父と母の双方のご署名をお願いします。

20〇〇年 〇月 〇日

| | | | |
|--------------|---|--------------------------|--|
| 同意者 (患者) | 住所 | 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号東洋ビル | |
| | 氏名 | 日本 一郎 | |
| | 生年月日 | 20XX年 X月 X日 | |
| 代理人 (保護者) | 住所 | 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号東洋ビル | |
| | 自署欄 | (父) | 日本 太郎 (自署) |
| | | (母) | 日本 花子 (自署) |
| | 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> 未成年後見人 | 氏名 | * 親権者が1名の場合は、以下の□にレ点を記入ください。 □ 親権者は、代理人(保護者)欄に記入した1名のみです。 |
| | | | |

注) 同意者(患者)が未成年のため、同意者氏名欄は保護者が代筆し、保護者が親権者又は未成年後見人の欄に「レ」印を記し、ご署名をお願いします。

・同封の「確認書」の内容をご確認いただき、左のグリーン字の箇所をすべてご記入のうえ、補償請求者にてご署名ください。

- にレ点が記入されているかご確認ください。
- この書類に記入された日をご記入ください。
- 患者（お子様）のご住所、お名前、生年月日をご記入ください。保護者による代筆で結構です。
- 保護者（補償請求者）と患者（お子様）との関係を「レ点」で記入のうえ、補償請求者全員のご署名をお願いします。
- 親権者が1名の場合は、自署欄にご署名のうえ、□に「レ点」をご記入ください。

4 母子健康手帳の写し (各1枚)

・母子健康手帳のうち、「出生届出済証明」および「出産の状態」が記載されたページ※のコピーをご提出ください。

※該当のページがご不明な場合は、分娩機関にご相談ください。

【出生届出済証明 イメージ】

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

| | | | | |
|-------|-------|----|------------|----|
| 子の保護者 | 続柄 | 氏名 | 生年月日(年齢) | 職業 |
| | 母(妊婦) | | 年 月 日生(歳) | |
| | 父 | | 年 月 日生(歳) | |
| | | | 年 月 日生(歳) | |
| 居住地 | | | 電話 | |
| | | | 電話 | |
| | | | 電話 | |

***** 出生届出済証明 *****

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 子の氏名 | 男・女 |
| 出生の場所 | 都道府県 市区町村 |
| 出生の年月日 | 年 月 日 |
| 上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。 | |
| 市区町村長 | 印 |

※赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

1-

【出産の状態 イメージ】

このページは産後なるべく早く記入してもらいましょう。

***** 出産の状態 *****

| | | |
|--------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 妊娠期間 | 妊娠 週 | |
| 娩出日時 | 年 月 日 午前 午後 時 分 | |
| 分娩の経過(母児の状態) | 頭位 骨盤位 その他() 特記事項 | |
| 分娩所要時間 | 出血量 少量・中量・多量(ml) | |
| 出産時の児の状態 | 性別・数 | 男・女・不明 : 単・多(胎) |
| | 計測値 | 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm |
| | 特別な所見・処置 | 新生児仮死 → (死亡・蘇生) ・死産 |
| 証明 | 出生証明書・死産証明書・出生証明書及び死亡診断書 (死胎検案書) | |
| 出産の場所名称 | | |
| 分娩取扱者氏名 | 医師 | その他 |
| | 助産師 | |

•8

⑤登録証の写し（1枚）

- お産の前に分娩機関から交付された「産科医療補償制度登録証」のコピーをご提出ください。
- 登録証を紛失された場合は、お産をされた分娩機関で保管している控えのコピーを代わりにしてご提出ください。

2021年4月 改訂版 妊産婦用

●補償対象 以下の1～3をすべて満たす場合、補償対象となります。

| 2015年から2021年までに出生した児 | 2022年以降に出生した児 |
|---|-----------------|
| 1 在胎週数 25週以上で 出生体重 1,400g以上、 または在胎週数 25週以上の特定の条件 | 在胎週数 25週以上であること |
| 2 身体障害者障害程度等級 1～2級相当の属性あり | |
| 3 先天性や新生児期の要因によるもの属性あり | |

●補償内容 補償金は、単償一時金と補償分割金を合わせて総額3,000万円が支払われます。

●補償申請期間 お子供の満1歳の誕生日から5年以内の誕生日までです。
※ただし、極めて重度であって、診断が可能な場合は、生後6ヶ月から補償申請を行うことができます。

●補償約款は下記URLもしくはQRコードからご確認ください。
<http://www.sanka-hp.jcchc.or.jp/document/signment/index.html>

産科医療補償制度に登録いただく妊産婦について
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）でお産をする妊産婦は、全てこの制度の対象となり登録が必要です。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、ただちに当院へご提出ください。控えとしてこの登録証をお渡します。

●この登録証は、母子健康手帳にはさみ込むなど、出産後9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。

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）
公益財団法人 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度ホームページ <http://www.sanka-hp.jcchc.or.jp/>

書式内容は改定されることがあります。

ステップ3 分娩機関に提出

①から⑤のすべての必要な書類がそろったことを下の表を使用して確認し、お産をした分娩機関にすべての書類をご提出ください。

| 必要書類 | 作成者 | チェック |
|---|-------|------|
| ①産科医療補償制度 補償請求用専用診断書（補償認定請求用） ※頭部画像データ（フィルムのコピーまたは電子媒体）もご提出ください。 | 診断医 | |
| ②補償認定依頼書 | 補償請求者 | |
| ③個人情報に関する同意の確認書 | 補償請求者 | |
| ④母子健康手帳の写し | 補償請求者 | |
| ⑤登録証の写し | 補償請求者 | |

◇補償対象となった場合、別途 P.15 記載の書類の提出が必要となりますので、あらかじめご了承ください。

◇ご提出いただいた書類は返却できません。必ずコピーをおとりください。（コピーをとったうえで、チェック欄にチェックしてください。）

Ⅲ. 補償申請後の流れ

分娩機関に対して補償認定依頼書類を提出した後は、分娩機関が運営組織に補償認定の請求を行い、運営組織において補償可否の審査を行います。

1. 分娩機関から運営組織への補償認定請求

補償請求者からすべての補償認定依頼書類を受け取った分娩機関は、診療録または助産録の写し等の分娩機関が準備する書類を添えて、運営組織に対して補償認定の請求を行います。

2. 受理通知

すべての補償認定請求書類が提出され、書類に不備や不足がないことが確認できましたら、運営組織はすべての書類が運営組織に到着してから 30 日以内に、「受理通知書」を補償請求者と分娩機関に送付いたします。

分娩機関に補償認定依頼書類をご提出されてから 60 日を過ぎても「受理通知書」が届かない場合は、書類に不備や不足があり、分娩機関で書類をそろえている可能性があるため、書類を提出した分娩機関にお問い合わせください。

3. 審査結果の通知

ご提出いただいた書類をもとに、運営組織において補償の可否について審査を行います。審査は、脳性麻痺に関する医学的専門知識を有する産科医や小児科医および学識経験者などによって構成される審査委員会において公正中立に行われます。

運営組織は、審査委員会の審査結果を受けて、補償の可否について「審査結果通知書」にて補償請求者と分娩機関にご連絡いたします。「審査結果通知書」は、「受理通知書」の送付日の翌日から原則として 90 日以内に送付いたします。

| | |
|--------------------------|---|
| 補償対象 | 「補償対象基準」、「除外基準」、「重症度の基準」の3つの基準をすべて満たすと判定した場合、「補償対象」となります。審査結果通知書に、補償金の請求案内を同封して送付します。 ※「3つの基準」については、P.5をご参照ください。 |
| 補償対象外 | 3つの基準のいずれか、またはすべてを満たさないと判定した場合、「補償対象外」となります。審査結果とその理由を文書で通知します。 |
| 補償対象外 (再申請可能) | 審査の時点では補償対象とならないものの、将来、所定の要件を満たして再申請されることにより、補償対象と認定される可能性がある場合、「補償対象外（再申請可能）」となります。 審査結果とその理由および所定の要件等を文書で通知します。 ※例えば、審査の時点では、重症度の基準を満たすと判断できないものの、一定の期間が経過すれば判断ができるようになると考えられる場合は、再申請するにあたって再度診断を受ける適切な時期をお伝えします。 |

審査の段階でさらに追加資料の提出等をお願いすることがありますので、ご協力ください。

審査の結果「補償対象外」となり、審査結果に不服がある場合は、運営組織が定める不服審査手続に従って再審査請求（不服申立）を行うことができます。詳細については、補償対象外の場合の審査結果通知書の送付にあわせてご案内します。

4. 補償金の請求

審査の結果「補償対象」と認定された場合、以下の書類を運営組織に提出し、補償金を請求していただきます。

■補償金請求時に運営組織に提出する書類

1. 補償金請求書
2. 補償金請求に関する同意書
3. お子様の戸籍謄本または戸籍抄本
4. 補償請求者の印鑑（登録）証明

ご提出書類の取得方法や記入要領などの詳細は、審査結果通知書に同封してお送りする『補償金請求のしおり』をご覧ください。

分娩機関に損害賠償請求をされる場合は、損害賠償請求と本制度の補償金請求の両方を行うことはできますが、どちらの請求を先に行っても、損害賠償金と補償金を重複して受け取ることはできません。

IV. 補償申請手続きに関するQ&A

Q1 登録証をなくしてしまいました。コピーを送ることができないのですが、どうしたらよいですか。

A 登録証を交付してもらった分娩機関にご相談ください。分娩機関で保管している控えのコピーを代わりとして提出してください。

Q2 里帰りでお産をしたので、ふたつの分娩機関から登録証をもらっています。補償申請書類は、どちらの分娩機関に提出すればよいですか。

A お産をされた里帰り先の分娩機関で交付された登録証のコピーなどの補償申請書類は、お産をされた里帰り先の分娩機関に提出してください。

Q3 本制度では脳性麻痺が発症した原因の分析も行うと聞きましたが、その結果を知ることはできますか。また、そのために何か提出する資料等がありますか。

A 本制度では、審査の結果「補償対象」となった場合は、運営組織に設置する「原因分析委員会」において医学的な観点で脳性麻痺の発症について原因分析を行い、その結果をご家族と分娩機関に報告することとしています。原因分析に際して、分娩の経過などについてご家族のご意見などをご提出いただくこととしています。詳細は、審査の結果「補償対象」となった際、審査結果通知書に同封してご案内します。

Q4 補償認定依頼書類一式をそろえて分娩機関に提出しましたが、受理通知が送られてきません。どうしたらよいですか。

A 書類に不備や不足があり分娩機関で書類をそろえている可能性があります。書類を提出した分娩機関にご確認ください。

Q5 補償対象となる脳性麻痺の基準について、詳しく知りたいのですが、どうしたらよいですか？

A 本制度のホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>) で、補償対象となる脳性麻痺の基準の詳細や、実際に審査を経た事例をもとにして作成された参考事例をご覧ください。

Q6

補償認定依頼書類一式をそろえて分娩機関に提出しましたが、状況を尋ねても分娩機関が協力してくれません。どうしたらよいですか。

A

万一分娩機関に補償申請の協力が得られないため、補償認定依頼書類一式を分娩機関に提出して60日以上が経過しても受理通知が届かない場合は、補償請求者から運営組織に直接補償申請を行うことができます。運営組織の問い合わせ窓口までお問い合わせください。
また、万一分娩機関が解散した場合なども、運営組織に直接申請することが可能ですので、運営組織にご相談ください。

Q7

請求してから審査の結果がわかるまで、どのぐらいかかりますか。また補償金はいつ頃支払われるのですか。

A

受理通知を運営組織から送付した日（受理通知書の右上の日付）の翌日から原則として90日以内に、運営組織において審査を行い、審査の結果を通知します。
審査結果が「補償対象」の場合には、補償金請求に必要な書類一式を運営組織に送っていただきますと、すべての書類が届いてから原則として60日以内に補償金が支払われます。

Q8

分娩機関に損害賠償を請求しようと考えています。損害賠償請求と本制度の補償金請求の両方を請求することができますか。

A

損害賠償請求と補償金請求の両方を行うことはできますが、どちらの請求を先に行っても、仮に分娩機関が損害賠償責任を負う場合、本制度でお支払いする補償金は損害賠償金に充当されるため、損害賠償金と補償金を重複して受け取ることはできません。

Q9

専用診断書ではなく、身体障害者手帳を申請するための診断書で代用できますか。

A

本制度では、重度の脳性麻痺について早期かつ正確な診断を行うため、専用診断書を用いて障害程度の判定を行うこととしています。身体障害者手帳を申請するための診断書など、専用診断書以外での書類による代用はできません。お手数ですが、専門の医師が作成した専用診断書を提出してください。

V. 産科医療補償制度 標準補償約款

2022年1月1日以降に出生した児に適用

産科医療補償制度補償約款

(目的)

第一条 この補償制度は、分娩に係る医療事故(過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含みます。)により脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の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・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的とします。

(用語の定義)

第二条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによります。

- 一 「分娩」とは、胎児及び胎盤等が母体外に排出されることをいい、帝王切開による場合も含まれます。
- 二 「脳性麻痺」とは、受胎から新生児期(生後4週間以内)までの間に生じた児の脳の非進行性病変に基づく、出生後の児の永続的かつ変化しうる運動又は姿勢の異常をいいます。ただし、進行性疾患、一過性の運動障害又は将来正常化するであろうと思われる運動発達遅滞を除きます。
- 三 「重度脳性麻痺」とは、身体障害者福祉法施行規則に定める身体障害者障害程度等級一級又は二級に相当する脳性麻痺をいいます。
- 四 「運営組織」とは、産科医療補償制度の運営を行う者として当院が指定する者をいいます。
- 五 「廃止」とは、医療法に基づく病院、診療所又は助産所(以下「分娩機関」といいます。)が廃止され、かつ、分娩機関の開設者が死亡し、又は解散した場合(その他これに準ずる場合も含みます。)をいいます。
なお、次に掲げる場合には、それぞれ次に定める日に廃止されたものとみなします。
イ 補償請求者が当院の都合により第六条第一項の書類を当院に提出することができない場合
補償請求者が最初に書類を提出しようとした日から六月を経過した日
ロ 当院が破産手続開始決定を受けた場合
破産手続開始の日
六 「保護者」とは、児の親権者又は未成年後見人であって、当該児を現に監護する者をいいます。
七 「補償請求者」とは、この規程に基づき補償の請求を行う児又はその保護者をいいます。
八 「確認日」とは、児の誕生日(出生日を含みます。)の属する月の初日をいいます。
九 「脳性麻痺に関する専門的知識を有する医師」とは、身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師又は日本小児神経学会の定める小児神経専門医の認定を受けた医師をいいます。

(当院の支払責任)

第三条 当院は、当院の管理下における分娩により別表第一の基準を満たす状態で出生した児に重度脳性麻痺が発生し、運営組織がこれをこの補償制度に基づき補償対象として認定した場合は、その児に対し、この規程の定めるところにより補償金を支払います。

- 2 当院は、この規程に従い、補償金の支払いに関する業務の一部を運営組織に委託します。
- 3 当院が廃止された場合は、運営組織が第一項の補償金の支払責任を引き継ぎ、当院はその支払責任を免れるものとします。
- 4 運営組織は、補償金の支払責任の履行を確保するため、当院及び運営組織を被保険者とする損害保険契約を締結します。

(補償対象としない場合)

第四条 運営組織は、次に掲げるいずれかの事由によって発生した脳性麻痺については、この制度の補償対象として認定しません。

- 一 児の先天性要因(両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常又は先天異常)
- 二 児の新生児期の要因(分娩後の感染症等)
- 三 妊娠若しくは分娩中における妊婦の故意又は重大な過失
- 四 地震、噴火、津波等の天災又は戦争、暴動等の非常事態

2 運営組織は、児が生後六月未満で死亡した場合は、この制度の補償対象として認定しません。

(補償金の種類並びに支払額、支払回数及び支払時期)

第五条 第三条第一項に規定する補償金(以下「補償金」といいます。)は、次表に定める準備一時金及び補償分割金とします。

| | 補償金の種類 | 一回当たりの支払額 | 支払回数 | 支払時期 |
|---|--------|-----------|------|--|
| 一 | 準備一時金 | 六百万円 | 一回 | 運営組織が第七条第一項の規定に基づいて提出されるべきすべての書類を受領した日から原則として六十日以内 |
| 二 | 補償分割金 | 百二十万円 | 二十回 | 毎年、確認日又は運営組織が第七条第三項の規定に基づいて提出されるべきすべての書類を受領した日のいずれか遅い日から原則として六十日以内 |

- 2 前項の規定にかかわらず、当院は、準備一時金を支払うまで、補償分割金の支払いを停止し、準備一時金の支払日に補償分割金の一回当たりの支払額に到来した確認日の回数を乗じて得た額を補償請求者に支払います。
- 3 児が死亡した場合は、その相続人は、児の死亡の事実その他補償金の支払いに必要な事項を運営組織に通知するものとします。
- 4 当院は、児の死亡の事実を知った時から前項の通知がなされるまでの間、補償金の支払いを停止します。
- 5 補償請求者の住所又は通知先を変更した場合は、その旨を運営組織に通知するものとします。

(補償対象の認定手続)

- 第六条 補償請求者が第三条に定める補償対象として認定を受けようとする場合は、補償請求者は、別表第二に掲げる書類を当院に提出するものとします。
- 2 当院への認定申請期間は、児の満一歳の誕生日から満五歳の誕生日までの間とします。ただし、脳性麻痺に関する専門的知識を有する医師によって児が重度脳性麻痺であるとの診断がなされた場合は、児が生後六月に達した日以降、補償請求者は、前項の規定に従って当院に認定申請書類を提出することができます。
- 3 当院は、第一項の規定により提出された書類に別表第三に掲げる書類を添えて、運営組織に対してこの制度による補償に係る認定を請求します。
- 4 運営組織が前項の請求を受けた場合、運営組織は、すべての必要書類が到着した日から三十日以内に補償請求者及び当院に受理通知を發出し、受理通知の發出日の翌日から起算して原則として九十日以内に運営組織内に設置する産科医、小児科医及び学識経験者等によって構成される審査委員会において補償対象に該当するかどうかを審査した後に、補償請求者及び当院に対し、認定に係る審査結果通知を發出するものとします。
- 5 補償請求者は、前項の審査結果に不服がある場合は、運営組織が定める不服審査手続に従って再審査請求を行うことができます。
- 6 当院が廃止された場合又は補償請求者が第一項に規定する書類の提出を行った日から六十日を経過しても第四項の受理通知が届かない場合は、補償請求者は、第一項の規定にかかわらず、運営組織に対し別表第二に掲げる書類を提出し、補償対象としての認定を請求することができるものとします。

(補償金の請求手続)

- 第七条 補償請求者が前条に規定する手続により運営組織から補償対象として認定を受けた場合は、補償請求者は、別表第四に掲げる書類を運営組織に提出するものとします。
- 2 運営組織は、別表第四のすべての書類を受領した日から原則として六十日以内に当院に代わり補償請求者に準備一時金を支払うものとします。
- 3 補償請求者は、毎年支払われるべき補償分割金を受けるに当たり、別表第五又は同表第六に掲げる書類を運営組織に提出するものとします。
- 4 運営組織は、確認日又は別表第五若しくは同表第六のすべての書類を受領した日のいずれか遅い日から原則として六十日以内に当院に代わり補償請求者に補償分割金を支払うものとします。

I. 補償申請の全体的な仕組み

II. 補償申請の手続き

ステップ1
診断書の取得

ステップ2
ご提出書類の準備

ステップ3
分娩機関に提出

III. 補償申請後の流れ

IV. 補償申請手続きに関するQ&A

V. 産科医療補償制度標準補償約款

VI. 各種変更手続き

5 運営組織は、補償金の支払いに当たり、必要な確認・調査を行うことができます。

(損害賠償金との調整)

第八条 補償対象となる脳性麻痺について当院又はその使用人その他当院の業務の補助者が補償請求者に対して損害賠償責任を負う場合は、当院が当該損害賠償金を支払うまでに支払った第三条第一項の補償金は、優先して当該損害賠償金に充当されるものとします。

- 2 前項の場合において、補償請求者が当院又はその使用人その他当院の業務の補助者から損害賠償金を受領したときは、補償請求者は、その金額を限度として補償金に対する権利を失うものとします。
- 3 当院が支払った補償金が第一項の規定により使用人その他当院の業務の補助者が負うべき損害賠償金に充当されたときは、当院は、その充当された額について、補償請求者がこれらの者に対して有する権利を取得するものとします。
- 4 第一項の損害賠償金(損害賠償金に充当された補償金を含みます。)の額が第五条第一項に規定する補償金の総額を下回る場合は、当院が補償請求者に対して支払う補償金の額は、第五条第一項の規定にかかわらず、その差額とします。当院が補償金を支払う責任は、支払われた補償金(損害賠償金に充当された補償金を除きます。)の合計額が当該差額に達した時に終了するものとします。

(妊婦の登録及び転院の場合の取扱い)

第九条 当院は、当院が妊娠管理を行うすべての妊婦に対して、当院の管理下における分娩により出生した児がこの補償制度の対象となることを示す登録証を交付します。

- 2 妊婦は、当院以外の分娩機関の管理下において分娩する場合は、前項の登録証を当該分娩機関に提示し、当該分娩機関の管理下における分娩により出生した児がこの補償制度の対象となるかどうかを確認するものとします。
- 3 妊婦が当院から当院以外の分娩機関へ転院した場合又は当院の管理下以外で分娩する場合、当院は、第三条第一項に規定する当院の補償金の支払責任を免れるものとします。

(運営組織)

第十条 運営組織は、補償対象として認定した脳性麻痺について、運営組織内に設置し産科の専門家及び学識経験者等によって構成される原因分析委員会において脳性麻痺が生じた原因を分析し、当院及び補償請求者に報告するものとします。

- 2 運営組織は、分析した個々の原因を体系的に整理・蓄積し、広く社会に公開することにより、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、産科医療の質の向上を図ることとします。

(個人情報の取扱い)

第十一条 当院及び運営組織は、この規程の運用に当たり、補償請求者及びその親族の個人情報(過去に取得したものを含みます。)を補償対象の認定、補償金の支払い、脳性麻痺が生じた原因の分析、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、本制度の目的を達成するために自ら利用するほか、次の各号に掲げる目的のためにそれぞれ次の各号に定める者に対して個人情報の提供を行うことがあります。なお、法令により、保健医療等に係る特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- 一 補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関等の当院又は運営組織の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
- 二 補償金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引受保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供すること
- 三 今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、別表第二第三号の書類を作成した医療機関に対して個人情報を提供すること
- 四 制度としての高い透明性を確保すること並びに将来の同種の脳性麻痺の再発防止及び産科医療の質の向上を図ることを目的として、国民、医療機関、関係学会・団体、行政機関等に対して、個人情報を提供すること(ただし、提供先にて特定の個人や医療機関を識別することができる情報を除きます。)

別表第一 補償対象基準(第三条第一項関係)

出生した児の在胎週数が二十八週以上であること

別表第二 補償対象の認定を受けようとするときに補償請求者が当院に提出するもの(第六条第一項、第六項、第十一条第三号関係)

次の一から六までの書類を当院に提出すること

- 一 運営組織が別に定める補償認定依頼書
- 二 当院が交付する登録証の写し
- 三 児の脳性麻痺の障害等級の程度を証明する脳性麻痺に関する専門的知識を有する医師の診断書
- 四 母子健康手帳の写し
- 五 運営組織が別に定める個人情報に関する同意書
- 六 一から五までのほか運営組織が必要と認めた書類

別表第三 補償対象の認定を請求するときに当院が運営組織に提出するもの(第六条第三項関係)

次の一から五までの書類を運営組織に提出すること

- 一 運営組織が別に定める補償認定請求書兼出産証明書
- 二 診療録又は助産録及び検査データの写し
- 三 運営組織が別に定める補償対象基準に関する証明書
- 四 医師賠償責任保険又は助産所賠償責任保険の保険証券又は加入者証の写し
- 五 一から四までのほか運営組織が必要と認めた書類

別表第四 初めに補償金の支払いを請求するときに補償請求者が運営組織に提出するもの(第七条第一項、第二項関係)

次の一から五までの書類を運営組織に提出すること

- 一 運営組織が別に定める補償金請求書
- 二 児の戸籍謄本又は戸籍抄本
- 三 当該児の保護者の印鑑証明
- 四 運営組織が別に定める補償金請求に関する同意書
- 五 一から四までのほか運営組織が必要と認めた書類

別表第五 補償分割金の支払いを請求するときに補償請求者が運営組織に提出するもの(次表に掲げる場合を除きます。)(第七条第三項、第四項関係)

次の一から三までの書類を運営組織に提出すること

- 一 運営組織が別に定める現況確認書兼補償金請求書
- 二 児の脳性麻痺に関する診断書
- 三 一及び二のほか運営組織が必要と認めた書類

別表第六 補償分割金の支払いを請求するときに補償請求者が運営組織に提出するもの(児が死亡した場合)(第七条第三項、第四項関係)

次の一から五までの書類を運営組織に提出すること

- 一 運営組織が別に定める現況確認書兼補償金請求書
- 二 運営組織が別に定める死亡報告書(初回請求時のみ提出し、それ以降の請求にあっては提出は不要です。)
- 三 児の死亡診断書または死体検案書の写し(初回請求時のみ提出し、それ以降の請求にあっては提出は不要です。)
- 四 児の戸籍謄本(初回請求時のみ提出し、それ以降の請求にあっては提出は不要です。)
- 五 一から四までのほか運営組織が必要と認めた書類

Ⅵ. 各種変更手続き

補償申請書類一式を分娩機関にご提出いただいた後に、住所や電話番号が変わった場合は、お早めに補償申請内容の変更のお手続きをお願いします。

補償申請内容の変更のお手続きをされていない場合、各種手続に日数がかかるなど、ご不便をおかけする場合がございます。

P.21 の「各種変更届」を作成のうえ、以下の宛先に郵送してください。

- ・「各種変更届」の変更のある項目に、「変更前」および「変更後」の内容をご記入ください。
- ・変更のない項目については、記入不要です。

〒 101-0061

東京都千代田区神田三崎町 1 丁目 4 番 17 号東洋ビル

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営部 審査課

(運営組織)

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

各種変更届

産科医療補償制度の補償申請に関連して、次の通り変更の届出をします。

| | |
|-------|----------|
| 変更年月日 | 20 年 月 日 |
|-------|----------|

○変更する項目のチェックボックスへ「✓」チェックの上、「変更前」、「変更後」の内容をご記入ください。

| 変更区分 | | 変更前 | → | 変更後 |
|--------------------------|------------|-----|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | フリガナ | | | |
| | 補償請求者の住所 | 〒 | | 〒 |
| <input type="checkbox"/> | 補償請求者の電話番号 | () | | () |

○太枠内にご記入の上、ご署名をお願いいたします。

| | | | |
|--|--|---|-------|
| 20 年 月 日 | | | |
| 分娩機関名 | | 事案管理番号 <small>(ご不明な場合は、空欄で結構です。)</small> | |
| 妊産婦の氏名 | | 妊産婦管理番号 | |
| お子様の氏名 | | お子様の生年月日 | 年 月 日 |
| <small>(電話番号) ※ 上記で電話番号をご記入いただいた場合は不要です。</small> | | <small>(補償請求の代表者 署名欄)</small> | |

I. 補償申請の全体的な仕組み

II. 補償申請の手続き

ステップ1
診断書の取得

ステップ2
ご提出書類の準備

ステップ3
分娩機関に提出

III. 補償申請後の流れ

IV. 補償申請手続きに関する
Q & A

V. 産科医療補償制度
標準補償約款

VI. 各種変更手続き



お問い合わせ先

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営部 審査課

 **03-5217-3188**

受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日・年末年始除く）



産科医療補償制度ホームページ

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

産科医療

検索