

産科医療補償制度 補償認定請求書 兼 出産証明書(別表第三書式)

		事案管理番号			
分娩機関名		分娩機関管理番号			
妊産婦氏名		妊産婦管理番号			
フリガナ 患者の氏名	.....	性別 いずれかに○印 をお願いします。	男・女	生年月日	20 年 月 日
出生体重	g	在胎週数		週	
フリガナ 保護者(補償請求者) の氏名*	.....				
*補償請求者から提出される「補償認定依頼書」の保護者(代表者)の氏名をご記入ください。					
フリガナ 保護者(補償請求者) の現住所	〒		—		—
			電話番号	— —	
医師賠償責任保険または 助産所賠償責任保険の 有無	(有無のいずれかに○印をお願いします。)				
	無				
	有	→ (保険会社名*) ( )			
*日医A会員の場合は「日医A会員」とご記入ください。					
補償認定請求時点にお ける損害賠償金支払の 有無	(有無のいずれかに○印をお願いします。)				
	無				
	有	→ (支払済の損害賠償額 (円))			
<p>○ 産科医療補償制度による補償認定を、必要書類を添えて請求します。</p> <p>○ 上記の妊産婦が当院の管理下における分娩により上記の患者を出産したことを証明します。</p> <p>○ 補償対象と認定された場合、補償金支払期間を通して、当院が補償請求者から損害賠償請求を受けた時、または当院の使用人その他業務の補助者が補償請求者から損害賠償請求を受けたことを知った時は、加入規約第二十五条に基づき、遅滞なく運営組織に対してその旨を通知します。</p>					
<p>→ 20 年 月 日*<sup>1</sup></p> <p>〒 —</p> <p>所在地</p> <p>電話番号 — —</p> <p>分娩機関名</p> <p>代表者名 (印)*<sup>2</sup></p>					

\*1 本証明書の記入日は、保護者(補償請求者)から提出された補償認定依頼書の記入日以降としてください。

\*2 法人の場合は、法人印、公印でご捺印ください。 個人の場合は、代表者の個人印でご捺印ください。