

## ● 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 <b>32週</b> 以上で 出生体重 <b>1,400g</b> 以上、 または在胎週数 <b>28週</b> 以上で所定の要件	在胎週数 <b>28週</b> 以上であること
2	身体障害者障害程度等級 <b>1・2級相当</b> の脳性まひ	
3	<b>先天性や新生児期の要因によらない</b> 脳性まひ	

## ● 補償内容

補償金は、準備一時金と補償分割金を合わせ **総額3,000万円** が支払われます。

## ● 補償申請期間

お子様の満1歳の誕生日から **満5歳の誕生日まで** です。

※ただし、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.jcqh.c.or.jp/documents/agreement/index.html>

※Webにて補償約款をご覧いただけない環境にある場合、当院の産科医療補償制度専用コールセンターまでお問い合わせ下さい。  
※閲覧・ダウンロードする際にかかる通信料等は、閲覧された方のご負担となります。



## 産科医療補償制度 登録証

※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。

妊産婦管理番号	
※ 登録済み 妊産婦管理番号	

## 【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。

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。	
name			
フリガナ	姓 (family name)		名 (first name)
お名前			
birthday			
生年月日	西暦	年	月 日 生
phone number			
電話番号	携帯電話を優先してご記入ください。		
date of registration			
記入 (登録証交付)	西暦	年	月 日
date of delivery			
分娩予定 年月日	西暦	年	月 日
number of fetuses			
分娩予定 胎児数	人 ※「今回ご出産予定の人数」をご記入ください。 例) 双子の場合は、2人と記入。		

## 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。

法人名・分娩機関名

分娩機関管理番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 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  
Japan Council for Quality Health Care

産科医療補償制度ホームページ

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

産科医療

検索



このマークは  
産科医療補償制度の  
シンボルマークです