

① 産科医療保障制度登録証

分娩申込み当日にご記載いただき、登録しております。

■制度の目的は、分娩に関連して発生した重度脳性麻痺の児および、
そのご家族の経済的負担を補償することです。

■保険料は1児につき、1万2千円です。
(料金は出産一時金50万円に含まれています。)

■全国の分娩機関の産科医療保障制度加入率は99.9%です。

※**当院△途中転院**の方は、以前の医療機関で登録済みの場合があります。
その際は以前の妊産婦管理番号が継続されます。登録証のご控えを受付窓口にご提示ください。(ご不明な方は、受付にお声かけください。)



分娩申し込み日に会計窓口でご記入いただきます。

2021年4月 改訂版		妊産婦用	
●補償対象			
2015年から2021年までに出生した児		2022年以降に出生した児	
在胎週数	32週 以上で	在胎週数	28週 以上であること
1 出生体重	1,400g 以上、 または在胎週数 28週以上で所定の要件		
2	身体障害者障害程度等級	1・2級相当	の脳性まひ
3	先天性や新生児期の要因によらない 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。			
産科医療補償制度 登録証			
妊産婦管理番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
※登録済み 妊産婦管理番号			
【産科医療補償制度について】			
妊産婦記入欄			
フリガナ			
お名前			
生年月日	西暦	年	月 日生
電話番号	- -		
記入日 (登録証交付日)	西暦	20	年 月 日
分娩予定 年月日	西暦	20	年 月 日
分娩予定 胎児数	人		
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5年間 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。		
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			