

3

損害賠償請求に関する情報提供の同意書

1

出産された分娩機関名を記入してください。

(分娩機関)

〇〇分娩機関

御中

私（児・保護者）は、公益財団法人日本医療機能評価機構が運営組織として実施している産科医療特別給付事業の給付対象者の認定、特別給付金の支払にあたり、貴院における私（児・保護者）の損害賠償請求に関する情報を、同機構に直接提供することに同意します。

同機構が給付対象者の認定、特別給付金の支払に必要とする損害賠償請求に関する情報をすべて提供して差し支えありません。

なお、当該情報については、「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 産科医療特別給付事業担当」あてに直送してください。

2

同意者（児）情報を記入してください。

※同意者（児）が未成年の場合は、同意者（児）欄は保護者（親権者又は未成年後見人）が代筆してください。

記入日 20〇〇年 〇月 〇日

同意者 (児)	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								
	児氏名	日本 一郎								
	生年月日	20	×	×	年	×	×	月	×	×

3

保護者（親権者又は未成年後見人）は署名・捺印をしてください。

※親権者が1名の場合もしくは未成年後見人の場合を除き、親権者お2人の署名・捺印が必要となります。ご署名は必ず本人が行ってください。

保護者 (代理人・同意者)	親権者①・ 未成年後見人	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		
		氏名	日本 太郎		印
		児との続柄 (いずれかに☑)	☒ 父 ☐ 母 ☐ 未成年後見人		
	親権者②	住所	☒ 親権者①住所と同じ（同住所の場合は☑。相違の場合は下にご記入ください）		
		氏名	日本 花子		印
		児との続柄 (いずれかに☑)	☐ 父 ☒ 母 ☐ 未成年後見人		