

1

産科医療特別給付事業 給付申請書 (別表第二書式)

1

児・妊産婦の情報を記入してください。

フリガナ	ニホン イチロウ												
児氏名	日本 一郎												
生年月日	2	0	X	X	年	X	X	月	X	X	日	性別	☒ 男・女

→ いずれかに○印を記入

フリガナ	ニホン ハナコ									
妊産婦氏名	日本 花子									
妊産婦管理番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

→ 「産科医療補償制度 登録証」に記載の10桁数字を記入

※登録証を紛失または破棄されている場合は、分娩機関に妊産婦管理番号を確認のうえ記入してください。

給付申請時点における 損害賠償金等の 受領の有無	有無の いずれかに ☒	☐ 無 ☐ 有→ (受領済みの損害賠償等金額	円)
--------------------------------	---	---	----

→ 加入分娩機関等からの損害賠償金等の受領状況を記入

2

給付申請者(代表者)情報を記入してください。

※給付申請者は、特別給付金の申請を行う児又はその保護者(親権者又は未成年後見人)となります。ただし、児が未成年又は申請時に亡くなっている場合は児の保護者(親権者又は未成年後見人)となります。

記入日 20 〇〇年 〇月 〇日

給付申請者 (代表者)	フリガナ	ニホン タロウ									
	氏名	日本 太郎									
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカンダミサキチョウ トウヨウ									
	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		-	XXXX		-	XXXX			
給付申請者と 児の関係	☒ 親権者・未成年後見人										

→ いずれかに○印を記入

3

以下の事項をご確認の上、保護者(親権者又は未成年後見人)は署名をしてください。

※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人の署名が必要となります。ご署名は必ず本人が行ってください。

確認事項欄	- 産科医療特別給付事業による給付認定を必要書類を添えて申請します。 - 加入分娩機関等からの損害賠償金等を1,200万円以上受領していません。 - 給付申請期間を通して、私(児)及び私の保護者が分娩機関、または分娩機関の使用人のその他業務の補助者に損害賠償請求を行ったときは、遅滞なく運営組織に対してその旨を通知します。
-------	---

給付申請者 (保護者)	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 (自署)									
		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 (自署)									
		児との続柄 (いずれかに○)	☐ 父 ☒ 母 ☐ 未成年後見人									