

重要

19歳の補償分割金の請求
まで保管してください

産科医療補償制度 補償金請求のしおり

「準備一時金」初回ご請求

「補償分割金」毎年1回ご請求

2021年10月改訂〈第3版〉



人の安心、医療の安全 JQ
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

補償金請求手続きに関するお問い合わせ先（運営組織）

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 審査課

電話番号：03-5217-3188 <受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日除く）>

*お問い合わせに際しては、ご本人様であることの確認のため、お子様（補償対象者）のお名前等を確認させていただく場合がございます。

個人情報の取り扱いについて

*お子様およびお子様の保護者ならびに親族の個人情報については、運営組織である公益財団法人日本医療機能評価機構が補償対象の認定、補償金の支払い、脳性麻痺が生じた原因の分析、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、本制度の目的を達成するために自ら利用するほか、補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関（引受保険会社を含む）等の運営組織の業務委託先に対して必要な範囲で提供します。

はじめに

産科医療補償制度では、補償対象と認定された後に支払われる「準備一時金」と、お子様が19歳になるまで毎年1回支払われる「補償分割金」の二種類の補償金があります。

このしおりは、それぞれの補償金をご請求いただくにあたって、必要な手続きや注意事項について説明したものです。よくお読みいただいた上でご請求ください。また、補償分割金のお支払いを受けておられる間(お子様が19歳になるまで)は大切に保管してください。

なお、ご不明な点等がございましたら、**補償金請求手続きに関するお問い合わせ先**までご連絡ください。

目次

I 補償金のご請求手続き	2
1 補償金のご請求手続きの全体像	2
2 準備一時金のご請求手続き（初回のご請求時）	4
3 補償分割金のご請求手続き（毎年のご請求時）	8
II ご留意いただく事項	13
1 運営組織への連絡が必要な場合	13
2 損害賠償金との関係	15
III Q&A	17
IV 記入例	18
1 準備一時金の必要書類 記入例	18
2 補償分割金の必要書類 記入例	20

産科医療補償制度では、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺のお子様とご家族の経済的負担を軽減するため、看護・介護の基盤整備のための資金としての「準備一時金」と、お子様が19歳になるまでの看護・介護費用としての「補償分割金」の、二種類の補償金が支払われます。

ここでは、補償金のご請求手続きの全体像や二種類の補償金の具体的な手続き方法をご案内します。

なお、産科医療補償制度標準補償約款は、産科医療補償制度ホームページ、「補償申請のご案内」などでご覧いただけます。

1 補償金のご請求手続きの全体像

準備一時金と補償分割金

- 補償対象と認定された後、看護・介護の基盤整備のための資金として「準備一時金」600万円が支払われます。
- また、看護・介護の費用として、お子様が19歳になるまで毎年1回「補償分割金」120万円が支払われます。
- 準備一時金600万円と補償分割金2,400万円（120万円／年×20回）の、合計3,000万円が補償金として支払われます。

	補償内容	補償金額
準備一時金	看護・介護の基盤整備のための資金として支払われます。	600万円
補償分割金	看護・介護の費用として毎年1回支払われます。	総額 2,400万円 <毎年1回120万円を20回>
	合計	3,000万円

・準備一時金のご請求手続き

→P.4～P.7をご覧ください。

・補償分割金のご請求手続き

→P.8～P.12をご覧ください。

ご請求手続きの時期

- 準備一時金のご請求手続きは、運営組織における審査の結果、補償対象と記載された「審査結果通知書」がお手元に届き次第、速やかに行ってください。
- 補償分割金のご請求手続きは、毎年1回、原則として確認日★までにご請求手続きを行ってください。確認日以降に120万円が支払われます。
- 準備一時金の支払時に、準備一時金600万円に加えて、それまでに経過した確認日の回数分の補償分割金があわせて支払われます。したがって、準備一時金のご請求手続きの時期により、補償金総額3,000万円が変わることはありません。

重要

★確認日とは、お子様の誕生日（出生日を含みます）の属する月の初日をいいます。

例えばお子様の誕生日が6月20日の場合、確認日は6月1日となります。

ご請求手続きの方法

- 補償金のご請求手続きは、分娩機関を介さずに、補償請求者から運営組織に対して直接行ってください。
- 補償金は、この制度の引受保険会社から補償請求者に支払われます。

・補償請求者

➡ お子様の保護者として補償金請求を行う方をいいます。

・運営組織

➡ この制度を運営する公益財団法人日本医療機能評価機構をいい、補償対象の審査や認定、補償金支払いのための保険金請求手続き等の制度運営業務を行います。

お支払いまでに要する期間

運営組織は、すべての書類を受領し、書類に不備・不足がないことを確認できた場合、以下のとおり、お支払いの手続きを進めます。

《準備一時金》

- 書類を受領した日から原則として60日以内に、この制度の引受保険会社からご指定の口座に補償金が支払われます。

《補償分割金》

- 書類を受領した日、または確認日のいずれか遅い日から、原則として60日以内に、この制度の引受保険会社からご指定の口座に補償金が支払われます。

2 準備一時金のご請求手続き（初回のご請求時）

運営組織における審査の結果、補償対象と記載された「審査結果通知書」がお手元に届き次第、ご請求手続きを行っていただきます。下記の「準備一時金のご請求に必要な書類」をお取りそろえの上、運営組織にご提出ください。

準備一時金の補償請求者

準備一時金を請求することができる人は、お子様の親権者または未成年後見人であって、お子様を現に監護している方です。*

監護とは、お子様の身の回りの世話をすることであり、この制度においては看護や介護のための費用を負担することも含むこととしています。

なお、施設にて看護・介護を行っている場合でも、ご両親の双方が補償請求者となります。

ご請求手続きにあたっては、補償請求者の中から、「補償金請求の代表者」を選んでいただき、その「補償金請求の代表者」に請求手続きを行っていただきます。詳細は、P.19をご覧ください。

* 補償金の請求権は補償対象となるお子様に属しますが、お子様は未成年のため、法定代理人である親権者または未成年後見人がお子様の代理として請求を行っていただくものです。

準備一時金のご請求に必要な書類

● 準備一時金のご請求に際しては、次のすべての書類をそろえて、運営組織にご提出ください。

必要書類	入手方法
1 補償金請求書（別表第四書式）	このしおりとあわせて送付しています
2 お子様の戸籍謄本または戸籍抄本	市区町村にて取得してください
3 補償請求者全員の印鑑登録証明書	市区町村にて取得してください
4 補償金請求に関する同意書	このしおりとあわせて送付しています
5 その他運営組織が必要と認めた書類*	—

* 5が必要になる場合は、運営組織からご案内します。

重要

- 書類はいずれも原本をご提出ください。ご提出いただいた書類は返却されませんのであらかじめご了承ください。
- 書類の取得等に要する費用は補償請求者のご負担となります。

1 補償金請求書（別表第四書式）

- 補償金の送金先口座を指定していただくための書類です。
- 必要事項をご記入の上、ご署名・ご捺印（印鑑登録証明書と同一の印）ください。
- 記入要領については、P.18の記入例をご参照ください。

2 お子様の戸籍謄本または戸籍抄本

- 補償請求者がお子様の親権者や未成年後見人であることを確認するための書類です。親権等に関する最新の状況を確認させていただく必要がありますので、取得後3ヶ月以内のものをご提出ください。
- お子様の戸籍謄本または戸籍抄本の原本をご提出ください。

3 補償請求者全員の印鑑登録証明書

- 補償請求者ご本人様による手続きであることを確認するための書類です。最新の印鑑登録内容を確認させていただく必要がありますので、取得後3ヶ月以内のものをご提出ください。
- 住民票があり印鑑登録*をしている市区町村にて、補償請求者全員の印鑑登録証明書を取得の上、原本をご提出ください。

*印鑑登録をしていない場合は、住民票のある市区町村にて印鑑登録の手続きを行った上で、印鑑登録証明書を取得し、ご提出ください。

4 補償金請求に関する同意書

- お子様の親権者が複数（父親と母親など）の場合、補償金請求の代表者が親権者双方の合意のもとに選任されていることなどを確認させていただくために、ご提出いただく書類です。
- 必要事項をご記入の上、ご署名・ご捺印（印鑑登録証明書と同一の印）ください。
- 記入要領については、P.19の記入例をご参照ください。

5 その他運営組織が必要と認めた書類

その他運営組織が必要と認めた場合は、個別に書類のご提出をお願いすることがあります。

- すべての書類がそろいましたら、「審査結果通知書」とともに同封された返信用封筒に入れて、運営組織にご返送ください。

準備一時金のお支払い

- 運営組織は、提出された書類に不備・不足がないか確認します。不備・不足がある場合は、追加対応をお願いします。
- すべての書類を受領した日から原則として60日以内に、この制度の引受保険会社からご指定の口座に補償金が支払われます。
- また、補償金のお支払い日確定後に、お支払い額等が記載された「補償金支払通知書」を運営組織から補償請求者に郵送します。
- 必要な書類を提出してから60日以上が経過しても「補償金支払通知書」が届かない場合や、「補償金支払通知書」に記載された内容と実際に支払われた内容が異なる場合には、運営組織までご連絡ください。

【補償金支払通知書（準備一時金時） イメージ】

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17	2010年8月1日
日本 太郎 様	〒101-0061 東京都千代田区三崎町1丁目4番17号 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 (担当：〇〇) TEL. (03)5217-3188
補 償 金 支 払 通 知 書	
<p>拝啓 このたびの産科医療補償制度に関するご請求につきまして、下記のとおり補償金のお支払い手続きをいたしましたのでご通知申し上げます。</p> <p>なお、補償金のお支払いは、本制度にかかる損害保険の引受幹事会社である東京海上日動火災保険株式会社よりご指定口座にお振込をいたしております。お支払い内容につきましてご不明の点がございましたら、上記連絡先までご照会くださいますようお願い申し上げます。</p>	
記	敬具
<p>事 案 管 理 番 号：123456</p> <p>補 償 対 象 者 氏 名：日本 一郎</p> <p>補 償 対 象 者 生 年 月 日：2009(平成21)年1月1日</p> <p>保 護 者(補 償 請 求 者)氏 名：日本 太郎</p> <p>お 支 払 い 予 定 日：2010年7月31日</p> <p>お 支 払 い 額：13,200,000円 (内訳) 準備一時金：6,000,000円 補償分割金：7,200,000円</p> <p>お 受 取 人：ニホンダロウ</p> <p>金 融 機 関 名：〇〇銀行</p> <p>支 店・通 帳 記 号：〇〇支店</p> <p>口 座・通 帳 番 号：普通・総合 1234***</p> <p><small>*個人情報保護の観点から口座情報の一部を非表示とさせていただきます。</small></p>	
以上	

「補償金支払通知書」は、準備一時金のお支払い時のみ、分娩機関にも送付されます。分娩機関に送付されるものはお支払い先口座に関する情報は記載しておりません。

準備一時金支払時のお支払い額

- 準備一時金600万円のお支払いにあわせて、準備一時金のお支払い日までに経過した確認日の回数分の補償分割金が支払われます。下記の例をご参照ください。

【準備一時金支払時のお支払い額の例】

<例1> お子様が2歳6ヶ月の時に準備一時金が支払われる場合

準備一時金	600万円
補償分割金	360万円（確認日3回（=3年分）×120万円）
合計	960万円

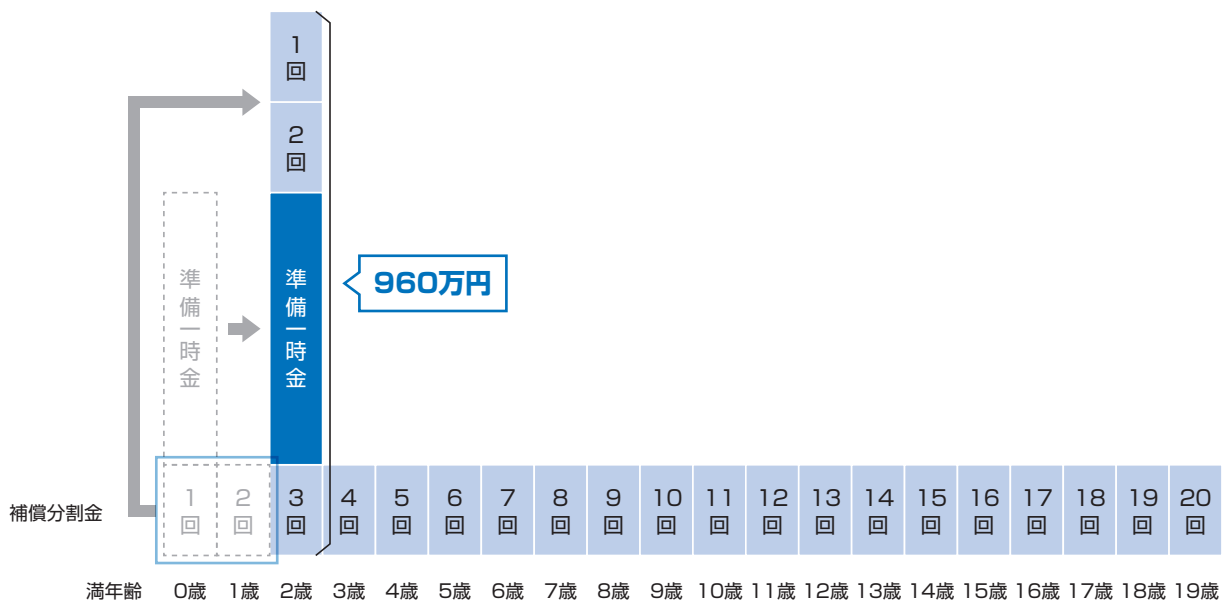
<例2> お子様が1歳3ヶ月の時に準備一時金が支払われる場合

準備一時金	600万円
補償分割金	240万円（確認日2回（2年分）×120万円）
合計	840万円

重要

ご請求手続き時期により、補償金の総額が変わることはありません。総額3,000万円の補償金が支払われます。

【<例1> お子様が2歳6ヶ月の時に準備一時金が支払われる場合のお支払い額イメージ】



3 補償分割金のご請求手続き（毎年のご請求時）

重要

準備一時金と同時に支払われる補償分割金（詳細はP.7をご参照ください。）につきましては、以下の手続きは不要です。

- 準備一時金をご請求いただいた翌年から、お子様が19歳になるまでの毎年1回、補償分割金のご請求手続きを行っていただきます。
- 補償分割金のご請求は、原則として毎年の確認日の3ヶ月前から確認日までの間に行っていただき、確認日以降に毎年1回120万円が支払われます。補償分割金は、一括でお受取りいただくことはできません。
- 補償分割金の請求を失念された場合や、なんらかの事情で補償分割金請求書を確認日までに運営組織に提出することができなかった場合は、ご用意ができ次第速やかに補償分割金請求書をご提出ください。

補償分割金のご請求時期とお支払い時期

- 毎年の確認日の約3ヶ月前に、運営組織より「補償分割金請求案内書」が送付されます。
- 「補償分割金請求案内書」が届きましたら、確認日までに、P.10記載の必要な書類をお取りそろえの上、運営組織にご提出ください。
- 補償分割金は、確認日以降にこの制度の引受保険会社から支払われます。

【補償分割金のご請求時期とお支払時期】

（例）お子様の誕生日が6月20日の場合



*お子様の誕生日が6月の場合の例です。確認日はお子様の誕生日の属する月の初日となりますので、ご注意ください。

【補償分割金請求案内書 イメージ】

<p>〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1丁目1</p> <p>日本 太郎 様</p>	<p>20XX年XX月XX日</p> <p>〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1丁目4番17号 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 補償金支払担当 TEL (03)5217-3188</p>
補償分割金請求案内書	
<p>拝啓 次回の補償分割金の請求手続きにつきまして、下記のとおりご案内申し上げます。</p> <p style="text-align: right;">敬具</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>事案管理番号：123456</p> <p>補償対象者氏名：日本 一郎</p> <p>補償対象者生年月日：20XX年XX月XX日</p> <p>請求手続き：① 同封の脳性麻痺に関する診断書をご手配ください。 ② 同封の現況確認書兼補償金請求書にご署名の上、 ①と合わせて提出してください。 ③ 現況確認書兼補償金請求書の作成日は、診断書の作成日以降としてください。</p> <p><small>*署名は必ず保護者（補償請求者）本人が行ってください。 (印鑑登録証明書の印を変更した場合や、転居をした場合は、実印でご捺印のうえ、改めて印鑑登録証明書のご提出が必要となります) *ご請求いただきました補償分割金のお支払いは、確認日（補償対象者の誕生日の属する月の初日）以降に、本制度引受保険会社からご指定の送金口座へ振込まれます。</small></p> <p style="text-align: right;">以上</p>	

補償分割金の補償請求者

- 準備一時金と同様、補償分割金を請求することができる人は、お子様の親権者または未成年後見人であって、お子様を現に監護している方です。
- 「補償分割金請求案内書」に同封の「現況確認書兼補償金請求書」の「保護者（補償請求者）」欄には、準備一時金請求時等に、「補償金請求に関する同意書」にてご指定いただいた「補償金請求の代表者」のお名前を記載しております。

重要

補償請求者変更等のご注意

お子様の親権者や未成年後見人、現に監護している方に変更がある場合や、万一お子様が亡くなられた場合は、ご提出いただく書類が異なります。必ず運営組織までご連絡ください。

ご請求に必要な書類

- 補償分割金のご請求に際しては、次のすべての書類をそろえて、運営組織にご提出ください。

必要書類	入手方法
1 現況確認書兼補償金請求書（別表第五書式）	毎年の「補償分割金請求案内書」とあわせて送付します
2 補償請求用 専用診断書（補償分割金請求用）	
3 その他運営組織が必要と認めた書類*	

* 3が必要になる場合は、運営組織からご案内します。

重要

- お子様やご家族等の状況により、必要な書類が変更となる場合があります。
- 書類はいずれも原本をご提出ください。ご提出いただいた書類は返却されませんのであらかじめご了承ください。

1 現況確認書兼補償金請求書（別表第五書式）

- 「補償分割金請求案内書」とあわせて送付します「現況確認書兼補償金請求書（別表第五書式）」に、必要事項を記入の上、ご署名ください。
- 記入要領は、P.20の記入例をご参照ください。

重要

記載された内容に変更がある場合の取り扱い

「現況確認書兼補償金請求書」に記載された内容に変更がある場合、以下のご対応をお願いします。

<訂正のみで対応できる項目>

- ・ 住所、電話番号
- ・ 補償分割金送金口座（口座名義人の変更を伴わない場合）
⇒具体的な記載方法は、P.21の記入例をご参照ください。

<運営組織（03-5217-3188）への連絡が必要な項目>

- ・ 補償分割金送金口座（口座名義人の変更を伴う場合）
- ・ 補償金請求の代表者
- ・ 補償請求者（代表者以外も含む）

2 補償請求用 専用診断書（補償分割金請求用）

- 「補償分割金請求案内書」とあわせて送付します「補償請求用 専用診断書（補償分割金請求用）」を医師に作成してもらってください。
- 診断書は、お子様の看護・介護の状況等を確認させていただくための書類です。必ずご提出ください。
- 診断書の書式は、必要に応じて変更する場合がありますので、毎年「補償分割金請求案内書」に同封される診断書をお使いください。万一紛失された場合には、運営組織までご連絡ください。
- リハビリ等の結果お子様の障害程度が改善した場合でも、そのことにより補償金のお支払いが停止されることはありません。
- 取得費用は、補償請求者のご負担となります。

重要

次のいずれかの条件を満たし、継続的に児を診ている医師が診断書を作成することを推奨しています。ただし、以下の条件を満たさない医師による作成も可能です。

- ①身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師
- ②日本小児神経学会の定める小児神経専門医の認定を受けた医師

3 その他運営組織が必要と認めた書類

- その他運営組織が必要と認めた場合は、個別に書類のご提出をお願いすることがあります。

補償分割金のお支払い

- 1回の補償分割金につき、120万円が支払われます。
- すべての書類を受領し書類に不備・不足がないことを確認できた場合、書類を受領した日、または確認日のいずれか遅い日から、原則として60日以内に、この制度の引受保険会社からご指定の口座に補償金が支払われます。
- また、補償金のお支払い日確定後、お支払い額等が記載された「補償金支払通知書」が運営組織から補償請求者に郵送されます。
- 万一補償分割金のお支払い中にお子様が亡くなられた場合でも、補償分割金のお支払いは継続されます。ただし、その際にご提出いただく書類等が異なりますので、運営組織までご連絡ください。
- 必要な書類を提出してから60日以上が経過しても「補償金支払通知書」が届かない場合や、「補償金支払通知書」に記載された内容と実際に支払われた内容が異なる場合には、運営組織までご連絡ください。

【補償金支払通知書（補償分割金） イメージ】

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-1-17	2012年2月18日
日本 太郎 様	〒101-0061 東京都千代田区三崎町1丁目4番17号 公認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 (担当：〇〇) TEL (03)5217-3188
補償金支払通知書	
<p>拝啓 このたびの産科医療補償制度に関するご請求につきまして、下記のとおり補償金のお支払い手続きをいたしましたのでご通知申し上げます。</p> <p>なお、補償金のお支払いは、本制度にかかる損害保険の引受幹事会社である東京海上日動火災保険株式会社よりご指定口座にお振込みをいたしております。お支払い内容につきましてご不明の点がございましたら、上記連絡先までご照会くださいませうお願い申し上げます。</p>	
記	敬具
<p>事 案 管 理 番 号：123456</p> <p>補 償 対 象 者 氏 名：日本 一郎</p> <p>補 償 対 象 者 生 年 月 日：2008(平成21)年1月1日</p> <p>保 護 者 (補 償 請 求 者) 氏 名：日本 太郎</p> <p>お 支 払 い 手 続 き 日：2012年2月16日</p> <p>お 支 払 い 額 (補 償 分 割 金)：1,200,000円</p> <p>お 受 取 人：ニホンタロウ</p> <p>金 融 機 関 名：〇〇銀行</p> <p>支 店・通 帳 記 号：〇〇支店</p> <p>口 座・通 帳 番 号：普通・総合 1234***</p>	
<p>* 個人情報保護の観点から日附情報の一部を非表示とさせていただきます。</p> <p style="text-align: right;">以上</p>	

ご請求の終期

- 原則として、お子様の19歳の誕生日が属する月の初日を確認日とするお支払いが最終のお支払いとなります。
- 分娩機関や分娩機関に勤務している医師等（分娩機関等が加入している保険会社を含みます）から損害賠償金を受領される場合は、この制度の補償金と損害賠償金を調整しますので、これより早い時期に補償金のお支払いの終期を迎える場合があります。（詳細はP.15以降をご覧ください）

Ⅱ

ご留意いただく事項

1 運営組織への連絡が必要な場合

- 補償金のお支払を受けておられる間（お子様が19歳になるまで）に次の**1～3**のいずれかの事由が生じた場合には、速やかに運営組織までご連絡ください。
- ご連絡いただきましたら、各事由に応じて、運営組織より各種手続きに必要な書類等をご案内します。

1. 補償請求者の住所・電話番号・補償金送金先口座が変更になる場合

- ・ 補償請求者の住所や電話番号を変更した場合、毎年^の補償分割金請求案内書等の書類が届かなくなることや、運営組織からの連絡ができなくなることがあります。
- ・ 補償金の送金先口座を変更する場合、ご連絡をいただけないと当初ご指定いただいた口座に補償金が支払われることとなります。

2. 補償請求者が変更になる場合

- ・ お子様の親権者の婚姻や離婚、養子縁組等により親権者が変わる場合、または未成年後見人が変わる場合などは、補償請求者が変更になります。
- ・ 新しい補償請求者を確認するため、戸籍謄本等の書類のご提出が必要となります。

3. お子様が亡くなられた場合

- ・ 万一お子様が亡くなられた場合であっても、補償金のお支払いは継続されますが、ご提出いただく書類等が異なります。

これらのご連絡をいただけない場合、毎年の「補償分割金請求案内書」が届かないことや、補償金のお支払いに時間を要することがあります。また、正当な理由なく変更等のご連絡をいただけなかったことにより、誤って補償金が支払われた場合には、当該補償金の返還等が必要になる可能性がありますので、必ずご連絡ください。

各種変更時のご連絡先

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 審査課

電話番号：03-5217-3188

<受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日除く）>

2 損害賠償金との関係

補償金と損害賠償金との調整

お子様の脳性麻痺について分娩機関や分娩機関に勤務している医師等（分娩機関等が加入している保険会社を含みます）から損害賠償金を受領される場合には、この制度の補償金と損害賠償金との間で調整を行います。下記の通り、「A. 損害賠償金が補償金総額（3,000万円）以上の場合」と、「B. 損害賠償金が補償金総額（3,000万円）未満の場合」がありますので、ご確認ください。

いずれの場合も、この制度の補償金と損害賠償金が重複して支払われることはありません。

A. 損害賠償金が補償金総額（3,000万円）以上の場合

- 既に支払われた補償金がある場合、支払われた補償金は損害賠償金の一部とみなされ、優先して損害賠償金に充当されます。
- また、損害賠償金の額を限度として補償金の請求権は失われますので、以降の補償金のお支払いはございません。

例

お子様が満2歳の時点で、既に補償金960万円（準備一時金600万円＋補償分割金120万円×3回分）を受け取っていたところ、分娩機関の損害賠償責任が明らかになり、損害賠償額が5,000万円の場合

- ① 受領済みの補償金960万円は損害賠償金に充当されます。
- ② 損害賠償額5,000万円と①により損害賠償金に充当された額との差額（5,000万円－960万円＝4,040万円）が、損害賠償金のうち分娩機関から補償請求者に支払われる額となります。
- ③ ②の4,040万円が支払われた場合には、補償金の残額（総額3,000万円－960万円＝2,040万円）については、補償金の請求権が失われます。
（4回目以降の補償金のお支払いはございません）
- ④ よって、受領できる金額は、分娩機関が支払う損害賠償額の総額5,000万円になります。

B. 損害賠償金が補償金総額（3,000万円）未満の場合

- 既に支払われた補償金がある場合、支払われた補償金は損害賠償金の額を限度として、損害賠償金の一部とみなされ、優先して損害賠償金に充当されます。
- また、損害賠償金の額を限度として補償金の請求権は失われますので、補償金の支払額は総額3,000万円と損害賠償金の額との差額となります。

例

お子様が満2歳の時点で、既に補償金960万円（準備一時金600万円+補償分割金120万円×3回分）を受け取っていたところ、分娩機関の損害賠償責任が明らかになり、損害賠償額が1,200万円の場合

- ① 受領済みの補償金960万円は損害賠償金に充当されます。
- ② 損害賠償額1,200万円と①により損害賠償金に充当された額との差額（1,200万円-960万円=240万円）が、分娩機関から補償請求者に支払われる残りの損害賠償金となります。
- ③ ②の240万円が支払われた場合には、240万円については、補償金の請求権が失われます。（18回目の補償分割金お支払をもって、補償金のお支払が終了し、19回目、20回目の補償分割金は支払われません）
- ④ よって、受領できる金額は、この制度の補償金1,800万円と分娩機関が支払う損害賠償金1,200万円の、合計3,000万円になります。

Q1

補償分割金を20年間分割して受け取るのではなく、一括して受け取ることはできますか。

A

一括でのお支払いはできません。この制度では、お子様の看護・介護に必要な費用を補償金として安定的にお支払いするために、3,000万円の補償金をお子様が19歳になるまで分割してお支払いすることとしています。

Q2

補償分割金を数年分まとめて請求することはできますか。

A

数年分まとめて請求することはできません。この制度では、お子様の看護・介護に必要な費用を補償金として安定的にお支払いするために、毎年お子様の状況をご報告いただき、補償分割金をお支払いすることとしています。

Q3

日本国外に転居した場合、転居後も補償金の支払いを受けられますか。

A

必要な資料をご提出いただくことができれば、補償金のお支払いは可能ですが、補償金の送金先口座は日本国内口座としています。

Q4

補償金の支払いを受けている期間中に子供の障害程度が改善し、身体障害者障害手帳の障害等級が変更となった場合、この制度の補償金も減額されますか。

A

補償対象として認定された場合は、その後お子様の障害程度が改善された場合でも、そのことにより補償金が減額されたり、補償金のお支払いが停止することはありません。

IV | 記入例

1 準備一時金の必要書類 記入例

補償金請求書（別表第四書式） 記入例

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

産科医療補償制度 補償金請求書 (別表第四書式)

フリガナ 保護者(補償請求者)の 氏名	ニホン タロウ	電話番号	090-0000-0000	
フリガナ 保護者(補償請求者)の 現住所	〒101-0061 トウキョウトチヨダクミサキチヨウ1-4-17			
フリガナ 補償対象者氏名	ニホン イチロウ	生年 月日	2009(平成21)年1月1日	
事案管理番号	123456			

○ 私(請求者署名捺印欄記載の者)は、補償対象者欄記載の者を現に監護する保護者であり、補償金請求の代表者として、本制度による以下の補償金を必要書類を添えて請求します。

1. 準備一時金・・・600万円
2. 補償分割金・・・1回当たりの支払額 120万円に、準備一時金支払日までに到来した確認日の回数を乗じた額

補償金は以下に指定する補償金送金口座に振り込んでください。口座への振込みをもって支払いがなされたものと認めます。

【補償金送金口座】

銀行	信用組合	信用金庫	農協	支店	支所
普通・総合	当座	貯蓄	店番	▲▲▲▲	一口座番号
					1 2 3 4 5 6 7
ゆうちょ銀行		通帳記号	1 1 1 0	通帳番号	
※通帳の「郵便番号口座照会(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。		通帳記載の通帳記号を桁を記入		通帳記載の通帳番号を桁を記入	
口座名義人					
ニホン タロウ					
カタカナでご記入ください					

2010年 6月 15日 (請求者署名捺印) 日本 太郎 (印鑑登録証明書の印)

※ 補償金送金口座欄には、補償請求者本人を口座名義人とする口座をご記入ください。
 ※ 本請求書に合わせて、補償対象者の戸籍謄本又は戸籍抄本と補償請求者全員の印鑑証明書、補償金請求に関する同意書をご提出ください。
 ※ 本請求書および補償金請求に関する同意書の作成日は、合わせてご提出いただく補償請求者全員の印鑑証明書の取得日以降としてください。
 ※ ご請求いただきました補償金のお支払いは、本制度引受保険会社からの送金となります。

この部分は、補償認定依頼書等に記載いただいた内容に基づき、記載されています。

記載された内容に変更や誤りがある場合には、運営組織にご連絡ください。変更の内容により、別途書類をご提出いただく場合がございます。

補償金送金先口座欄には、必ず「補償金請求に関する同意書」でご指定いただく「補償金請求の代表者」を口座名義人とする口座をご記入ください。

「補償金請求に関する同意書」でご指定いただく「補償金請求の代表者」のご署名・ご捺印（印鑑登録証明書と同一の印）をお願いいたします。

- 訂正される場合は、訂正箇所にご記入の上、補償金請求の代表者の訂正印（印鑑登録証明書と同一の印）をご捺印ください。

補償金請求に関する同意書 記入例

産科医療補償制度 補償金請求に関する同意書

(運営組織)
公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

私（同意者欄に記載の者）は、補償対象者（お子様）の保護者として、次に掲げる事項に同意の上、産科医療補償制度補償約款第三条および第五条に定める補償金を請求します。

<同意事項>

- ・ 補償金請求の代表者欄に記載した者が、補償対象者を現に監護する者であることに相違なく、補償金請求の代表者として補償金を請求及び受領すること。
- ・ 補償金請求期間中（補償分割金の支払いが完了するまでをいいます。）に、補償対象者の保護者に変更が生じた場合、または現に監護する者に変更が生じた場合は、速やかに運営組織にその旨を届け出ること。
- ・ 上記届出がなかったことにより生じた問題につき、運営組織及び分娩機関には責任が生じないこと。

2010年 6月 15日

同意者 (保護者)	(父)	住所 〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17	(父の印鑑登録住所の印)
		氏名 日本 太郎	
	(母)	住所 〒 同上	(母の印鑑登録住所の印)
		氏名 日本 花子	

* 同意者（保護者）欄には、補償対象者（お子様）の父と母の双方のご署名・ご捺印をお願いいたします。補償対象者の親権者が1名の場合や未成年後見人が保護者となる場合は、1名のご署名・ご捺印で結構です。

* 上記同意者の内、いずれか1名を補償金請求の代表者として下欄に記載してください。

補償金請求の代表者 (同意者のいずれか1名)	氏名	日本 太郎
---------------------------	----	-------

補償対象者（お子様）の氏名	日本 一郎
補償対象者（お子様）の生年月日	2009年 1月 1日

上の欄にご記載いただいた同意者の内、いずれか1名を補償金請求の代表者として氏名を記入してください。補償金請求の代表者が、補償金請求書（別表第四書式）の口座名義人となります。

補償金のご請求にあたっての大切な同意事項です。必ずご確認ください。

<同意事項>欄に記載された内容を十分にご確認いただき、お子様の親権者である父母両名の住所・氏名をご記入の上、ご捺印ください。

父母の住所が同一の場合は、「同上」とご記入ください。捺印は、**父母それぞれがご提出いただく印鑑登録証明書と同一の印**にてご捺印ください。

お子様の氏名・生年月日をご記入ください。

- 訂正される場合は、訂正箇所にご記入の上、補償請求者全員の訂正印（印鑑登録証明書と同一の印）をご捺印ください。

2 補償分割金の必要書類 記入例

現況確認書兼補償金請求書（別表第五書式） 記入例

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

産科医療補償制度 現況確認書 兼 補償金請求書 (別表第五書式)

フリガナ 保護者（補償請求者） の氏名	ニホン タロウ	電話番号	03-XXXX-XXXX
フリガナ 保護者（補償請求者） の現住所	〒101-0061 トウキョウトチヨダクカンダミサキチヨウ1-4-17 〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17		
フリガナ 補償対象者氏名	ニホン イチロウ	生年 月日	20XX年XX月XX日
日本 一郎			
事案管理番号	123456		
補償分割金送金口座	金融機関名	〇〇銀行	
	本支店名	〇〇支店	
	口座種別	普通・総合	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義人	ニホン タロウ	
	ゆうちょ銀行 通帳記号		
	通帳番号		
ゆうちょ名義人			
現況確認書兼 補償金請求書	本制度による補償分割金を、必要書類を添えて請求します。		
	<p>【確認事項】（ご確認の上、右端のチェック欄にチェックしてください。）</p> <p>○ 本制度による補償分割金の受給権を補償対象者が有していることを確認します。 <input checked="" type="checkbox"/> 【チェック】</p> <p>○ 私（保護者欄記載の者）は、補償対象者欄記載の者の保護者であり、補償対象者欄記載の者を現に監護していることを確認します。 <input checked="" type="checkbox"/> 【チェック】</p>		
補償金は上記に指定する補償金送金口座に振り込んでください。口座への振込みをもって支払いがなされたものと認めます。			
20〇〇年 〇月 〇日		（確認者・請求者署名） 日本 太郎	
		（自署）	

* 本請求書の作成日は、合わせてご提出いただく診断書の作成日以降としてください。
* ご請求いただきました補償金のお支払いは、本制度引受保険会社からの送金となります。

この部分は、準備一時金や前回の補償分割金のご請求時等にご申告いただいた内容に基づき記載されています。記載された内容に変更や誤りがある場合には、P.21の方法で変更をお申し出ください。

【確認事項】をご確認の上、【チェック】欄に必ずチェック（✓）を入れてください。

必要書類を揃えた後、現況確認書兼補償金請求書を郵送する日をご記入ください。

「補償金請求に関する同意書」でご指定いただいた補償金請求の代表者ご本人がご署名をお願いします。

●訂正される場合は、訂正箇所へ二重線をご記入の上、訂正ください。

重要

補償請求者の現住所と電話番号、口座名義人の変更を伴わない口座変更の場合は「現況確認書兼補償金請求書」を訂正してください。補償請求者や口座名義人の変更を伴うお支払先口座の変更がある場合は、別途書類をご提出いただく必要がありますので、必ず運営組織までご連絡ください。変更の内容に応じて、ご提出いただく書類等を別途ご案内いたします。「現況確認書兼補償金請求書」に記入いただいても、受け付けできませんので、ご注意ください。

変更時の記入例 住所・電話番号・お支払先口座（口座名義人変更以外）

※変更される場合は、変更箇所に二重線をご記入の上、補償金請求の代表者の訂正印（印鑑登録証明書と同一の印）をご捺印ください。また、補償請求者全員の印鑑登録証明書をご提出ください。

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

産科医療補償制度 現況確認書 兼 補償金請求書 (別表第五書式)

フリガナ 保護者（補償請求者） の氏名	ニホン タロウ	電話番号	03-XXXX-XXXX 090-1111-1111
フリガナ 保護者（補償請求者） の現住所	〒101-0061 東京都千代田区千代田三崎町1-4-17 101-0061 東京都千代田区千代田三崎町1-4-17	フリガナ 補償対象者氏名	ニホン イチロウ
フリガナ 補償対象者氏名	ニホン イチロウ	生年 月日	20XX年XX月XX日
事案管理番号	123456	金融機関名	〇〇銀行 △△信用金庫
補償分割金送金口座	〇〇支店 △△支店	口座種別	普通・総合
	口座番号	112-1111-67	7654321
	口座名義人	ニホン タロウ	
	通帳記号		
	通帳番号		
	ゆうちょ名義人		
現況確認書兼 補償金請求書	<p>本制度による補償分割金を、必要書類を添えて請求します。</p> <p>【確認事項】（ご確認の上、右隣のチェック欄にチェックしてください。）</p> <p>○ 本制度による補償分割金の受給権を補償対象者が有していることを確認します。 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>○ 私（保護者欄記載の者）は、補償対象者欄記載の者の保護者であり、補償対象者欄記載の者を現に監護していることを確認します。 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>補償金は上記に指定する補償金送金口座に振り込んでください。口座への振込みをもって支払いがなされたものと認めます。</p> <p>20〇〇年 〇月 〇日 (確認者・請求者署名) <u>日本 太郎</u> (自署)</p>		

* 本請求書の作成日は、合わせてご提出いただく診断書の作成日以降としてください。
* ご請求いただきました補償金のお支払いは、本制度引受保険会社からの送金となります。

補償金請求書に印刷された変更前の住所・電話番号の変更箇所に二重線を引き、補償金請求の代表者の訂正印（印鑑登録証明書と同一の印）を捺印の上、余白に変更後の住所・電話番号をご記入ください。

変更箇所に二重線を引き、補償金請求の代表者の訂正印（印鑑登録証明書と同一の印）を押印の上、余白に変更後の口座情報をご記入ください。

補償分割金



産科医療補償制度

補償金請求のしおり