

II. 分娩機関情報などの変更に係る事務取扱

1 分娩機関情報などの変更に係る事務取扱について

分娩機関がWebシステムなどで変更可能な内容と、産科医療補償制度専用コールセンターへご連絡いただく内容があります。

【分娩機関にて変更可能な内容】

項目	対応	
Webシステム登録内容に関する変更		
分娩機関名	【分娩機関登録内容変更依頼書】に変更前後の内容を記入のうえ、「③ 運営組織宛返信用封筒」にて送付ください。	
代表者氏名		
郵便番号		
住所		
担当者氏名		
担当者連絡先電話番号	Webシステムにて変更してください。 (変更方法は、P.32参照)	
FAX番号		
所属部署名		● 担当者氏名、担当者連絡先電話番号などが変更となった場合、速やかにWebシステムを更新してください。
内線番号		
メールアドレス		
Webシステム利用に関する変更		
証明書（USBキーなど）の追加	【分娩機関登録内容変更依頼書】の「その他」に「証明書●本追加」と記入のうえ「③ 運営組織宛返信用封筒」にて送付ください。 ※証明書の追加発行には、約1ヶ月程度を要します。	
証明書媒体種別の変更（USBキーまたはCD-ROM）	【分娩機関登録内容変更依頼書】に変更内容を記入のうえ、現在使用の証明書と併せて「③ 運営組織宛返信用封筒」にて送付ください。 ※変更後の証明書の発行には、約1ヶ月程度を要します。	
振替口座等に関する変更		
口座振替案内（ハガキ）の宛先変更	【分娩機関登録内容変更依頼書】に変更内容を記入のうえ、「③ 運営組織宛返信用封筒」にて送付ください。	
その他		
医師賠償責任保険（病院賠償責任保険、診療所賠償責任保険）、助産所賠償責任保険への加入状況の変更	【分娩機関登録内容変更依頼書】の「その他」に変更内容を記入のうえ、「③ 運営組織宛返信用封筒」にて送付ください。	

【産科医療補償制度専用コールセンターへご連絡いただく内容】

項目	対応
Webシステム利用に関する変更	
証明書の紛失・再発行	本制度専用コールセンターへご連絡ください。 ※証明書の再発行には、約1ヶ月を要します。
振替口座に関する変更	
掛金振替口座の変更	本制度専用コールセンターへご連絡ください。 ※口座の変更には、約2ヶ月を要します。
制度加入状況に関する変更	
分娩機関種別の変更（診療所→病院など）	本制度専用コールセンターへご連絡ください。 ※分娩機関種別の変更に伴い、分娩機関管理番号やWebシステムの証明書が変更となります。
他の分娩機関との合併など	本制度専用コールセンターへご連絡ください。

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・年末年始除く）

分娩機関登録内容変更依頼書とは？

P.30の各種変更手続きに必要な書類です。

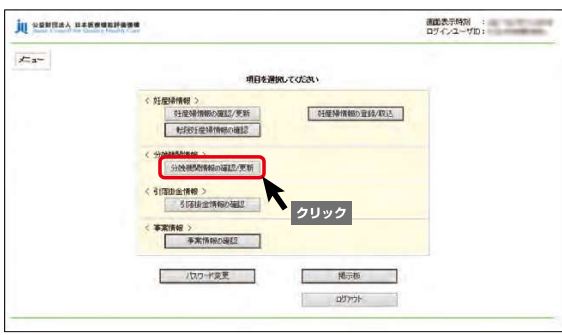
●分娩機関登録内容変更依頼書の出力と記入方法はこちら

👉 P.33参照



1.1 Webシステムにおける分娩機関登録内容の変更方法

(1) メニュー画面より、【分娩機関情報の確認/更新】ボタンをクリックします。



(2) 【分娩機関情報 詳細/更新】画面にて変更内容を入力の上、右下の【更新】ボタンをクリックします。



(3) 分娩機関情報が更新されます。

1.2 分娩機関登録内容変更依頼書による変更方法

Webシステムの掲示板より、「分娩機関登録内容変更依頼書」を出力、またはP36をコピーしてください。

(1) メニュー画面の【掲示板】ボタンをクリックします。



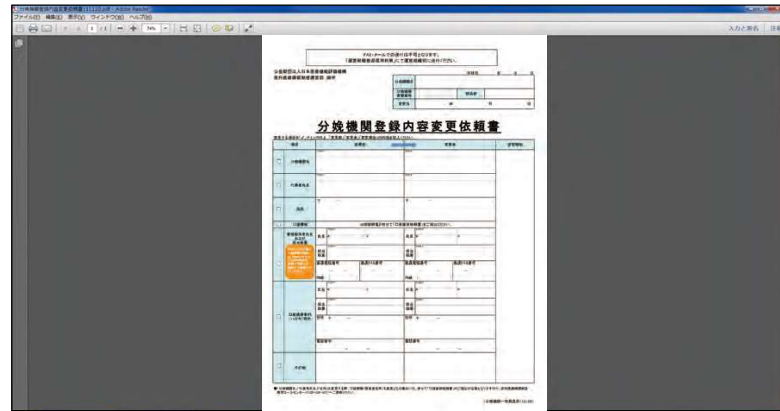
(2) 分娩機関登録内容変更依頼書にチェックを入れ、【ファイルダウンロード】ボタンをクリックします。



(3) 【ファイルを開く (O)】 ボタンをクリックします。



(4) 分娩機関登録内容変更依頼書を出力してください。



(5) 変更内容と併せて、申請日、分娩機関名、分娩機関管理番号、担当者名の記入のうえ、運営組織宛返信用封筒にて送付ください。

分娩機関登録内容変更依頼書の記入例

- ・現在登録の分娩機関名、分娩機関管理番号を記入ください。
- ・担当者氏名を記入ください。
- ・変更日を記入ください。

申請日を記入ください。

FAX・メールでの送付は不可となります。
「運営組織宛返信用封筒」にて運営組織宛に送付ください。

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 御中

分娩機関名	申請日 年 月 日		
分娩機関管理番号	担当者		
変更日	年	月	日

分娩機関登録内容変更依頼書

変更する項目に「」チェックの上、「変更前」「変更後」「変更理由」の内容を記入ください。

項目	変更前	変更後	変更理由
<input type="checkbox"/> 分娩機関名	フリガナ	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 代表者氏名	フリガナ	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 住所	〒	〒	
<input type="checkbox"/> 口座情報	当該依頼書と併せて「口座振替依頼書」をご提出ください。		
<input type="checkbox"/> 事務担当者氏名および担当部署	フリガナ	フリガナ	
	氏名	氏名	
	フリガナ	フリガナ	
	担当部署	担当部署	
<input type="checkbox"/> 口座振替案内(ハガキ)宛先	フリガナ	フリガナ	
	氏名	氏名	
	フリガナ	フリガナ	
	住所	住所	
<input type="checkbox"/> その他	電話番号	電話番号	

●「分娩機関名」「代表者氏名」「住所」を変更する際、口座情報(預金者名等)も変更となる場合には、併せて「口座振替依頼書」のご提出が必要となりますので、産科医療補償制度専用コールセンター(0120-330-637)へご連絡ください。

(分娩機関一斉発送用) (21.05)

変更項目にチェックしてください。

変更理由について、できるだけ詳しく記入ください。

FAX・メールでの送付は不可となります。
「運営組織宛返信用封筒」にて運営組織宛に送付ください。

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 御中

申請日 年 月 日

分娩機関名			
分娩機関管理番号		担当者	
変更日	年	月	日

分娩機関登録内容変更依頼書

変更する項目を「✓」チェックの上、「変更前」「変更後」「変更理由」の内容を記入ください。

項目	変更前	変更後	変更理由
<input type="checkbox"/> 分娩機関名	フリガナ	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 代表者氏名	フリガナ	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 住所	〒 - -	〒 - -	
<input type="checkbox"/> 口座情報	当該依頼書と併せて「口座振替依頼書」をご提出ください。		
<input type="checkbox"/> 事務担当者氏名 および 担当部署	フリガナ	フリガナ	
	氏名 姓 名	氏名 姓 名	
	フリガナ	フリガナ	
	担当部署	担当部署	
<input type="checkbox"/> Webシステム導入 分娩機関の運営は、Webシステム 「分娩機関情報登録システム」の 画面にて変更入力 してください。	直通電話番号	直通電話番号	
	直通FAX番号	直通FAX番号	
<input type="checkbox"/> 口座振替案内 (ハガキ)宛先	フリガナ	フリガナ	
	氏名 姓 名	氏名 姓 名	
	フリガナ	フリガナ	
	担当部署	担当部署	
<input type="checkbox"/> その他	住所 〒 - -	住所 〒 - -	
	電話番号	電話番号	

●「分娩機関名」「代表者氏名」「住所」を変更する際、口座情報(預金者名等)も変更となる場合には、併せて「口座振替依頼書」のご提出が必要となりますので、産科医療補償制度専用コールセンター(0120-330-637)へご連絡ください。

(分娩機関一斉発送用) (21.05)