

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

分娩機関登録内容変更依頼書をご提出いただく内容と、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。

【分娩機関登録内容変更依頼書をご提出いただく内容】

項目	対応
分娩機関情報に関する変更	
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、 ④ 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	
FAX番号	
所属部署名	
内線番号	
メールアドレス	
振替口座などに関する変更	
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】 に変更の内容を記入のうえ、 ④ 運営組織宛返信用封筒 にて送付ください。
その他	
Webシステムの導入	【分娩機関登録内容変更依頼書】 の「その他」に変更の内容を記入のうえ、 ④ 運営組織宛返信用封筒 にて送付ください。
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」に変更の内容を記入のうえ、 ④ 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
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（土日祝日・年末年始除く）

分娩機関登録内容変更依頼書とは？

P.18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記入方法はこちら

👉 P.21参照



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場合は、Webシステム「分娩機関情報登録/更新」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）

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。

申請日 年 月 日

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	〇〇〇〇クリニック	
分娩機関管理番号	0123456789	担当者 機構 太郎
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 checked="" type="checkbox"/> 分娩機関名	フリガナ 〇〇〇〇クリニック	フリガナ イリョウホウジン 〇〇〇〇クリニック	医療法人化のため
	フリガナ 〇〇〇〇クリニック	フリガナ 〇〇〇〇クリニック	
<input type="checkbox"/> 代表者氏名	フリガナ	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 住所	〒 - -	〒 - -	
<input checked="" 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場合は、Webシステム「分娩機関情報登録/更新」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）

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。