

## 口 述 書

出産者\_\_\_\_\_（出産年月日 令和 年 月 日）の出産については、産科医療補償制度の対象外の分娩でした。

よって、出産費又は家族出産費は、40.4万円となることを了承します。

令和 年 月 日

加入者\_\_\_\_\_