

指定保険代理店 メディコ北海道 御中
 一般社団法人 北海道医師会 御中
 損害保険ジャパン株式会社 御中

－ 北海道医師会 －
勤務医師賠償責任保険制度(個人契約)「 加入 ・ 変更 申込書 」

私は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意し、北海道医師会医師賠償責任保険制度に加入します。

【変更の場合】 変更日： 年 月 日 申込日： 年 月 日

<input type="checkbox"/>	所属郡市医師会名	医師会	医籍登録番号					
<input type="checkbox"/>	(フリガナ) 加入者名	(担当者名)						
<input type="checkbox"/>	(フリガナ) 被保険者氏名	<input type="checkbox"/>	TEL					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	携帯電話番号					
<input type="checkbox"/>	医療機関所在地 (勤務先がない場合は ご自宅住所)	<input type="checkbox"/>	フリガナ 〒 —					
<input type="checkbox"/>	医療機関名称 (勤務先がない場合は 自宅と記載)	<input type="checkbox"/>	フリガナ					
<input type="checkbox"/>	医療機関電話番号 (勤務先がない場合は ご自宅電話番号)	<input type="checkbox"/>	() —					
<input type="checkbox"/>	診療科目	<input type="checkbox"/>	(該当するすべてに○をお付けください) <input type="checkbox"/> 内・消化器・胃腸科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形・形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産・婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児・小児外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> その他					
<input type="checkbox"/>	加入タイプ 日本医師会A会員の方 は1型のみになります	<input type="checkbox"/>	日本医師会 A会員 <input type="checkbox"/> 1型	日本医師会A会員以外 <input type="checkbox"/> 10型 <input type="checkbox"/> 30型 <input type="checkbox"/> 50型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 300型				
* 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険			<input type="checkbox"/> 加入する		<input type="checkbox"/> 削除			
クレーム対応費用保険			<input type="checkbox"/> ①型		<input type="checkbox"/> ②型		<input type="checkbox"/> ③型 <input type="checkbox"/> 削除	
次年度保険料 の払込方法 ○印	<input type="checkbox"/> ① 銀行口座から控除 (北海道医師会会費引落口座) <input type="checkbox"/> 左記以外口座 <input type="checkbox"/> ② 請求書払 <input type="checkbox"/> ③ 【被保険者が開設者の場合】 北海道国民健康保険団体連合会から 受けるべき診療報酬から控除							

* 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険については、日本医師会にて同内容の団体制度が存在するため、日本医師会A会員の方が加入される場合は、補償が重複することがありますのでご注意ください。

医師会使用欄 入力日 月 日 担当印

記入例

勤務医師賠償責任保険(個人契約)

指定保険代理店 メディコ北海道 御中
一般社団法人 北海道医師会 御中
損害保険ジャパン株式会社 御中

— 北海道医師会 —
勤務医師賠償責任保険制度(個人契約)「**加入**・**変更** 申込書」

私は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意し、北海道医師会医師賠償責任保険制度に加入します。

【変更の場合】 変更日： 2024年 7月 1日 申込日： 2024年 5月 20日

<input checked="" type="checkbox"/>	所属郡市医師会名	〇〇市	医師会	医籍登録番号	1	2	3	4	5	6
<input checked="" type="checkbox"/>	(フリガナ) 加入者名	キノ ミサキ 北野 美咲	(担当者名)							
<input checked="" type="checkbox"/>	(フリガナ) 被保険者氏名	同上	TEL 携帯電話番号 070-1234-5678							
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関所在地 (勤務先がない場合は ご自宅住所)	フリガナ 〇〇シ〇〇チヨウ1チヨウメ2-3 〒 123-4567 〇〇市〇〇町1丁目2-3								
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関名称 (勤務先がない場合は 自宅と記載)	フリガナ 〇〇ビョウイン 〇〇病院								
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関電話番号 (勤務先がない場合は ご自宅電話番号)	(0123) 45 - 6789								
<input checked="" type="checkbox"/>	診療科目	(該当するすべてに○をお付けください) <input checked="" type="checkbox"/> 内・消化器・胃腸科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形・形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産・婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児・小児外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> その他								
<input checked="" type="checkbox"/>	加入タイプ 日本医師会A会員の方は 1型のみになります	日本医師会 A会員 1型	日本医師会A会員以外 10型 30型 50型 100型 200型 300型							
* 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険			<input checked="" type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 削除							
クレーム対応費用保険			<input checked="" type="checkbox"/> ①型 <input type="checkbox"/> ②型 <input type="checkbox"/> ③型 <input type="checkbox"/> 削除							
次年度保険料 の払込方法 ○印	<input checked="" type="checkbox"/> ① 銀行口座から控除 (北海道医師会会費引落口座) <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外口座 <input type="checkbox"/> ② 請求書払 <input type="checkbox"/> ③ 【被保険者が開設者の場合】 北海道国民健康保険団体連合会から 受けるべき診療報酬から控除									

* 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険については、日本医師会にて
同内容の団体制度が存在するため、日本医師会A会員の方が加入される
場合は、補償が重複することがありますのでご注意ください。

医師会使用欄 入力日 月 日 担当印