

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－ 医師賠償責任保険制度「加入申込書」

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。

記入例はメディコ北海道ウェブサイト(https://www.medico-hokkaido.co.jp)>サービス紹介>商品一覧内に掲示しております。

申込日： 年 月 日

所属郡市医師会名	医師会	医療機関コード									
経営形態	①法人 ②個人 ③一人法人 ④その他 (③一人法人の場合、日医A会員以外の勤務医の有無 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし )										
医療機関所在地	〒 -										
	TEL( ) - FAX( ) -										
医療機関名称	フリガナ										
開設者名(代表者名含)	フリガナ	代表者医籍登録番号									
ご担当者名	フリガナ										
	(役職)	(氏名)	e-mail								

医師賠償責任保険に加入しないと  加入する  にお申込みいただけません。ただし★印のついている保険は単独でもお申込みいただけます。

1. 医師賠償責任保険	①タイプ(個人の診療所・病院/一人医師医療法人)	加入型	① ( - )型	<input type="radio"/> 無床
	②タイプ(医療法人、自治体等の診療所・病院/一人医師医療法人)	加入型	② ( - )型	<input type="radio"/> 有床→( )床
2. 勤務医師賠償責任保険(包括契約)	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	
3. 看護職賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	
4. 医療従事者賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	
5. 雇用慣行賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する			
6. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	+	<input checked="" type="radio"/> オプション加入	
7. 役職員傷害保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	
8. 医療機関用サイバー保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	病院・老健施設および費用保険金額4,000万円以上設定の診療所は加入申込の際に「質問書兼告知書」をご提出いただけます。
9. 医療事故調査費用保険★	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	
10. クレーム対応費用保険★	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	型	
標榜科目	該当するすべてに○をお付けください。 <input type="radio"/> 内・消化器・胃腸科 <input type="radio"/> 外科 <input type="radio"/> 整形・形成外科 <input type="radio"/> 脳神経外科 <input type="radio"/> 産・婦人科 <input type="radio"/> 皮膚科 <input type="radio"/> 眼科 <input type="radio"/> 小児・小児外科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> その他			
支払い方法	北海道国民健康保険団体連合会から受け取るべき診療報酬から、この保険料を控除します。 引去りを希望されない場合は右に○をしてください。 <input checked="" type="radio"/> 引去りを希望しません。			

医師会使用欄 入力日 月 日 担当印

# 記入例

<判読の難しい文字例>

診療所・病院用

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

小文字g (小文字ジー)、q (小文字キュー) と、数字9 (数字キュウ)  
 大文字I (大文字アイ)、小文字l (小文字エル) と、数字1 (イチ)  
 大文字0 (大文字オー)、小文字o (小文字オー) と、数字0 (ゼロ)  
 大文字または小文字のU (ユー)、大文字または小文字のV (バイ)  
 大文字または小文字のZ (ゼット)、数字2 (ニ)

## 北海道医師会 医師賠償責任保険制度「加入申込書」

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。  
 記入例はメディコ北海道ウェブサイト(http://www.medico-hokkaido.co.jp)>サービス紹介>商品一覧内に掲載しております。

申込日： 2023年 5月 20日

必須項目

所属都市医師会名	旭川市	医師会	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
経営形態	①法人 ②個人 ③一人法人 ④その他 (③一人法人の場合、日医A会員以外の勤務医の有無 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし)									
医療機関所在地	〒 123 - 4567 旭川市〇〇町1丁目2-3 TEL( 0123 ) 45 - 6789 FAX( 0123 ) 45 - 9876									
医療機関名称	フリガナ ｲ)〇〇ｶｲ 〇〇ｸﾘﾆｯｸ 医療法人社団〇〇会 〇〇クリニック <small>判読の難しいものにフリガナをご記入ください。(例は本紙上段に記載)</small>									
開設者名(代表者名含)	フリガナ ｲ)〇〇ｶｲ ﾚｼﾞﾓﾝ ﾎｶﾞｲ ﾁﾝ			代表者印			印			フリガナ
ご担当者名	医療法人社団〇〇会 理事長 北海 太郎 印			フリガナ ﾖｼﾓﾂ ﾏｶﾏ ﾏｲｺ			フリガナ ﾆﾞﾞﾛ ｵｰｷｬｸﾞｰ ｴﾙ			e-mail kitayama20@o9qcl.jp
	個人立の場合はご署名、それ以外はお捺印が必須となります			フリガナ ﾖｼﾓﾂ ﾏｶﾏ ﾏｲｺ			フリガナ ﾆﾞﾞﾛ ｵｰｷｬｸﾞｰ ｴﾙ			e-mail kitayama20@o9qcl.jp

医師賠償責任保険に加入しないと  加入する  にお申込みいただけません。ただし★印のついている保険は単独でもお申込みいただけます。

1. 医師賠償責任保険	①タイプ(個人の診療所・病院／一人医師医療法人)	加入型	① ( - )型	<input type="radio"/> 無床
	②タイプ(医療法人、自治体等の診療所・病院／一人医師医療法人)	加入型	② 14( 300 - 300 )型	<input checked="" type="radio"/> 有床→( 19 )床
2. 勤務医師賠償責任保険(包括契約)	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	300型	
3. 看護職賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	K8型	
4. 医療従事者賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	J8型	
5. 雇用慣行賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する			
6. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	<input checked="" type="radio"/> オプション加入		
7. 役員員傷害保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	D3型	
8. 医療機関用サイバー保険	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	S05050型	病院・老健施設は、加入申込みの際に「告知事項等申告書」をご提出いただけます。
9. 医療事故調査費用保険★	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	1,000万円型	
10. クレーム対応費用保険★	<input checked="" type="radio"/> 加入する	加入型	3型	
標榜科目	該当するすべてに○をお付けください。 <input checked="" type="radio"/> 内・消化器・胃腸科 <input type="radio"/> 外科 <input type="radio"/> 整形・形成外科 <input type="radio"/> 脳神経外科 <input type="radio"/> 産・婦人科 <input type="radio"/> 皮膚科 <input type="radio"/> 眼科 <input checked="" type="radio"/> 小児・小児外科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> その他			
支払い方法	北海道国民健康保険団体連合会から受け取るべき診療報酬から、この保険料を控除します。 引去りを希望されない場合は右に○をしてください。 引去りを希望しません。 (引去りを希望しない場合に○)			

医師会使用欄 入力日 月 日 担当印

引去りを希望されない場合に○

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 — 医師賠償責任保険制度「変更届出書」

私は、北海道医師会医師賠償責任保険制度の契約を以下のとおり変更します。  
 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ます。  
 記入例はメディコ北海道ウェブサイト(https://www.medico-hokkaido.co.jp)>サービス紹介>商品一覧内に掲示しております。

変更日： 年 月 日 申込日： 年 月 日

所属郡市医師会名	<input type="text" value="変更あり"/>	医師会	医療機関コード	<input type="text" value="変更あり"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
経営形態	<input type="text" value="変更あり"/>	例) 個人 → 一人法人		*パンフレットP.2をご参照ください					
医療機関所在地	<input type="text" value="変更あり"/>	〒 -							
		TEL( ) - FAX( ) -							
医療機関名称	<input type="text" value="変更あり"/>	フリガナ							
開設者名(代表者名含)	<input type="text" value="変更あり"/>	フリガナ			代表者医籍登録番号				
					Ⓜ				
ご担当者名	<input type="text" value="変更あり"/>	フリガナ		(役職)		(氏名)		e-mail	

### 変更内容 (\*変更部分のみご記入ください)

		変更前	変更後	
1. 医師賠償責任保険		( - )型	( - )型	
病床数 <small>介護医療院の定員数は「療養病床」のベッド数とみなします。</small>	診療所	床	床	
	病院	一般病床	床	床
		療養病床 <small>*介護医療院への転換は転換病床数と介護医療院名称を記載ください</small>	床	床 <small>* 床を下記介護医療院へ転換 介護医療院名</small>
		精神病床	床	床
		結核・老健施設	床	床
2. 勤務医師賠償責任保険(包括契約)		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
3. 看護職賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
4. 医療従事者賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
5. 雇用慣行賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/>	<input type="text" value="削除"/>	
6. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/> + <input type="text" value="オプション加入"/>	<input type="text" value="削除"/>	
7. 役員員傷害保険		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
8. 医療機関用サイバー保険 <small>病院・老健施設および費用保険金額4,000万円以上設定の診療所は加入申込の際に「質問書兼告知書」をご提出いただけます。</small>		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
9. 医療事故調査費用保険★		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
10. クレーム対応費用保険★		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>	
標榜科目	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"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 小児・小児外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> その他			

医師会使用欄 入力日 年 月 日 担当印

# 記入例

<判読の難しい文字例>

診療所・病院用

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

小文字g (小文字ジー)、q (小文字キュー) と、数字9 (数字キュウ)  
大文字I (大文字アイ)、小文字l (小文字エル) と、数字1 (イチ)  
大文字0 (大文字オー)、小文字o (小文字オー) と、数字0 (ゼロ)  
大文字または小文字のU (ユー)、大文字または小文字のV (バイ)  
大文字または小文字のZ (ゼット)、数字2 (ニ)

## 北海道医師会 医師賠償責任保険制度「変更届出書」

私は、北海道医師会医師賠償責任保険制度の契約を以下のとおり変更します。  
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ます。  
記入例はメディコ北海道ウェブサイト(http://www.medico-hokkaido.co.jp)>サービス紹介>商品一覧内に掲示しております。

変更日: 2023年5月1日 申込日: 2023年3月26日

所属郡市医師会名	旭川市 医師会	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
経営形態	例) 個人 → 一人法人 医療法人	*パンフレットP.2をご参照ください	
医療機関所在地	〒 123 - 4567 旭川市〇〇町〇〇1-2 TEL( 0123 ) 45 - 6789 FAX( 0123 ) 45 - 6543		
医療機関名称	フリガナ ｲ) 〇〇ｶｲ 〇〇ﾋﾞﾖｲﾝ 医療法人社団〇〇会 〇〇病院	代表者もしくは管理者の医籍番号をご記入ください	
開設者名(代表者名含)	フリガナ ｲ) 〇〇ｶｲ ﾚｲｼﾞｮｳ ﾎｯｶｲ ﾀﾚｳ 医療法人社団〇〇会 理事長 北海 太郎	代表者医籍登録番号	
ご担当者名	フリガナ ﾙｼﾞﾏ (役職) 総務課	氏名 ｷﾀﾉ ﾀﾞｲﾁ 北野 大地	e-mail kitano19@qlhp.or.jp

必須項目

変更内容 (\*変更部分のみご記入ください)

変更前		変更後	
1. 医師賠償責任保険	B7 (100-100B)型	B14 (300-300)型	
病床数	診療所		床
	一般病床		床
	療養病床 ※介護医療院への転換は転換病床数と介護医療院名称を記載ください	15 床	5 床 ※ 10 床を下記介護医療院へ転換 介護医療院名 介護医療院〇〇〇〇
	精神病床		床
	結核・老健施設		床
2. 勤務医師賠償責任保険(包括契約)	追加 加入型 _____ 型	削除	
3. 看護職賠償責任保険	追加 加入型 K8 型	削除	
4. 医療従事者賠償責任保険	追加 加入型 _____ 型	削除	
5. 雇用慣行賠償責任保険	追加	削除	
6. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	追加 + オプション加入	削除	
7. 役員員傷害保険	追加 加入型 _____ 型	削除	
8. 医療機関用サイバー保険 病院・老健施設は、加入申込みの際に「告知事項等申告書」をご提出いただけます。	追加 加入型 S05050 型	削除	
9. 医療事故調査費用保険★	追加 加入型 _____ 型	削除	
10. クレーム対応費用保険★	追加 加入型 _____ 型	削除	
標榜科目	該当するすべてに○をお付けください。 ○内・消化器・胃腸科 ○外科 ○整形・形成外科 ○脳神経外科 ○産・婦人科 ○皮膚科 ○眼科 ○小児・小児外科 ○耳鼻咽喉科 ○その他		

変更部分のみご記入下さい

医師会使用欄 入力日 月 日 担当印

株式会社メディコ北海道 行  
(FAX 011-210-7172)

病院・老健施設・費用保険金額4,000万円以上設定の診療所用

## 医療機関用サイバー保険質問書兼告知書

医療施設	施設名	医療機関コード							
	対象施設が病院・老健施設の場合のみ以下ご記入ください。								
	病 院	: 一般病床	床	・ 一般病床以外	床				
※介護医療院の定員数は「一般病床以外」のベッド数とみなします。									
介護老人保健施設		: 定員数	名						
ご担当者	部署	電話番号		( )	番				
	氏名	e-mail							

この質問書兼告知書に記載する内容について相違ありません。  
 質問書兼告知書ご記入日： 年 月 日  
 ご記入者(被保険者の代表者)の署名または記名・捺印

印

※記名者および被保険者は、募集文書または損保ジャパンのウェブサイトに掲載の個人情報の取扱いに同意します。

貴院のセキュリティ状況に関しまして、あてはまるものをご回答ください。

No	確認内容	ご回答
1	過去5年以内に、この保険で補償される事故が発生したことがありますか。 ②ありの場合は、別紙Iに事故の概要、損害額、再発防止策をご記入ください。 (*過去5年以内とは、新規の場合は告知日から起算、更改の場合は更改日からの起算とします。	<input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり
2	派遣従業員を受け入れている場合、派遣元との契約書において、派遣従業員が貴院に個人情報漏えいを含む損害を発生させた場合、派遣元に対し賠償請求する意思がある旨を明確に表示していますか。	<input type="checkbox"/> ①表示している。または派遣従業員を受け入れていない。 <input type="checkbox"/> ②表示していない
3	情報処理等の目的で、貴院以外の者へ個人データを委託する場合、その者との間で締結する契約書・仕様書には、ITサービスの品質や情報セキュリティ上の観点から機密保持について定めていますか。	<input type="checkbox"/> ①記載している、または外部へのデータ委託をしていない <input type="checkbox"/> ②記載していない
4	情報セキュリティに関連する認証を取得していますか。 認証を取得している場合は、その認証等をご記入ください。 ※ISMS、ISO27000シリーズ、ISO15408、プライバシーマーク等	<input type="checkbox"/> ①認証を取得している ( ) <input type="checkbox"/> ②認証を取得していない
5	すべての従業員に最新の業務手順や情報セキュリティなどを認識させるための計画的な教育や指導を定期的に行っていますか。	<input type="checkbox"/> ①実施している <input type="checkbox"/> ②実施していない
6	以下のいずれかのセキュリティを講じていますか。講じている場合は、その個数を選んでください。 A 不正アクセス、改ざんを検知するために、運用環境や運用データに対して定期的にログを点検するなどの対策を実施している。 B 情報システムやネットワーク機器に対して、ウイルス対策ソフトの導入、バージョンアップまたはパッチの適用など適切な対策を実施している。 C 重要なデータや情報システムへのアクセスには、ログイン認証やアクセス制御など適切な対策が実施されている。 D 退職した従業員のアカウントが存在することがないなど、アカウント(ID、パスワードなど)とそのアクセス制限が定期的に見直されている。 E リモートアクセスを行なう場合、ユーザ認証システムを使用している。	<input type="checkbox"/> ①1個 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個 <input type="checkbox"/> ⑤5個 <input type="checkbox"/> ⑥該当なし

別紙I

## &lt;ご注意&gt;

この質問書兼告知書は、業務過誤賠償責任保険普通保険約款第9条(告知義務)に規定する「保険契約申込書等の記載事項」に該当しますので、すべての項目について正確にご記入くださいますようお願いいたします。ご申告内容に事実と異なる記載がある場合には、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。ご契約の際には、保険契約の締結に先立ち、この質問書兼告知書の記名・捺印欄に必ず代表者の署名または記名・捺印をお願いいたします。なお、本質問書兼告知書の内容について、引受保険会社が事故発生時に利用することおよびコンサルティング会社へ内容を開示することがありますので、あらかじめご了承ください。

# 記入例

医療機関用サイバー保険

株式会社メディコ北海道 行  
(FAX 011-210-7172)

病院・老健施設・費用保険金額4,000万円以上設定の診療所用

## 医療機関用サイバー保険質問書兼告知書

医療施設	施設名	〇〇クリニック	医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
	対象施設が病院・老健施設の場合のみ以下ご記入ください。									
	病院	： 一般病床	床	・ 一般病床以外	床					
※介護医療院の定員数は「一般病床以外」のベッド数とみなします。										
介護老人保健施設： 定員数 名										
ご担当者	部署	事務長 北野 大地		電話番号	0123( 45 )6783			番		
	氏名			e-mail	d-kitano@cl.com					

この質問書兼告知書に記載する内容について相違ありません。

質問書兼告知書ご記入日： 年 月 日

ご記入者(被保険者の代表者)の署名または記名・捺印

医療法人社団〇〇 理事長 〇〇 〇〇

印

※記名者および被保険者は、募集文書または損保ジャパンのウェブサイトに掲載の個人情報の取扱に同意します。

貴院のセキュリティ状況に関しまして、あてはまるものをご回答ください。

No	確認内容	ご回答
1	過去5年以内に、この保険で補償される事故が発生したことがありますか。 ②ありの場合は、別紙Iに事故の概要、損害額、再発防止策をご記入ください。 (*過去5年以内とは、新規の場合は告知日から起算、更改の場合は更改日からの起算とします。	<input checked="" type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり
2	派遣従業員を受け入れている場合、派遣元との契約書において、派遣従業員が貴院に個人情報漏えいを含む損害を発生させた場合、派遣元に対し賠償請求する意思がある旨を明確に表示していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ①表示している。または派遣従業員を受け入れていない。 <input type="checkbox"/> ②表示していない
3	情報処理等の目的で、貴院以外の者へ個人データを委託する場合、その者との間で締結する契約書・仕様書には、ITサービスの品質や情報セキュリティ上の観点から機密保持について定めていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ①記載している、または外部へのデータ委託をしていない <input type="checkbox"/> ②記載していない
4	情報セキュリティに関連する認証を取得していますか。 認証を取得している場合は、その認証等をご記入ください。 ※ISMS、ISO27000シリーズ、ISO15408、プライバシーマーク等	<input type="checkbox"/> ①認証を取得している ( ) <input checked="" type="checkbox"/> ②認証を取得していない
5	すべての従業員に最新の業務手順や情報セキュリティなどを認識させるための計画的な教育や指導を定期的実施していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ①実施している <input type="checkbox"/> ②実施していない
6	以下のいずれかのセキュリティを講じていますか。講じている場合は、その個数を選んでください。 A 不正アクセス、改ざんを検知するために、運用環境や運用データに対して定期的にログを点検するなどの対策を実施している。 B 情報システムやネットワーク機器に対して、ウイルス対策ソフトの導入、バージョンアップまたはパッチの適用など適切な対策を実施している。 C 重要なデータや情報システムへのアクセスには、ログイン認証やアクセス制御など適切な対策が実施されている。 D 退職した従業員のアカウントが存在することがないなど、アカウント(ID、パスワードなど)とそのアクセス制限が定期的に見直されている。 E リモートアクセスを行なう場合、ユーザ認証システムを使用している。	<input type="checkbox"/> ①1個 <input type="checkbox"/> ②2個 <input checked="" type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個 <input type="checkbox"/> ⑤5個 <input type="checkbox"/> ⑥該当なし

別紙I

<ご注意>

この質問書兼告知書は、業務過誤賠償責任保険普通保険約款第9条(告知義務)に規定する「保険契約申込書等の記載事項」に該当しますので、すべての項目について正確にご記入くださいますようお願いいたします。ご申告内容に事実と異なる記載がある場合には、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。ご契約の際には、保険契約の締結に先立ち、この質問書兼告知書の記名・捺印欄に必ず代表者の署名または記名・捺印をお願いいたします。なお、本質問書兼告知書の内容について、引受保険会社が事故発生時に利用することおよびコンサルティング会社へ内容を開示することがありますので、あらかじめご了承ください。

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"/> 変更あり	所属郡市医師会名	医師会	医籍登録番号				
<input type="checkbox"/> 変更あり	(フリガナ) 加入者名	(担当者名)		TEL			
<input type="checkbox"/> 変更あり	(フリガナ) 被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 同上	携帯電話番号				
<input type="checkbox"/> 変更あり	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 〒      —					
<input type="checkbox"/> 変更あり	医療機関名称 (勤務先がない場合は 自宅と記載)	フリガナ					
<input type="checkbox"/> 変更あり	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"/> 変更あり	診療科目	(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"/> 変更あり	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 <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							
<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	携帯電話番号 070-1234-5678							
<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