

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

所属都市医師会名	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	医師会	
医籍登録番号			
氏名	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	フリガナ	携帯電話番号
医療機関所在地 (勤務先がない場合は ご自宅住所)	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	フリガナ	
		〒 -	
医療機関名称 (勤務先がない場合は 自宅と記載)	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	フリガナ	
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 checked="" type="radio"/> 変更あり	()	-
診療科目	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	(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"/> 小児・小児外科 <input type="radio"/> 眼科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> その他	
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 checked="" type="radio"/> 変更あり	日本医師会 A会員 <input checked="" type="radio"/> 1型	日本医師会A会員以外 <input type="radio"/> 10型 <input type="radio"/> 30型 <input type="radio"/> 50型 <input type="radio"/> 100型 <input type="radio"/> 200型 <input type="radio"/> 300型
* 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 type="radio"/> 削除
クレーム対応費用保険		<input checked="" type="radio"/> ①型	<input type="radio"/> ②型 <input type="radio"/> ③型 <input type="radio"/> 削除
次年度保険料 の払込方法 ○印	<input checked="" type="radio"/> ① 銀行口座から控除	<input checked="" type="radio"/> 北海道医師会会費引落口座	<input type="radio"/> 左記以外口座
	<input type="radio"/> ② 請求書払		

* 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（加入の場合）

勤務医会員用

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

－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： 2023 年 6 月 1 日 申込日： 2023 年 5 月 8 日

所属都市医師会名	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	小樽市	医師会
医籍登録番号		123456	
氏名	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	フリガナ 北ノ タシ	携帯電話番号
		北野 大志	090-1234-5678
医療機関所在地 (勤務先がない場合は ご自宅住所)	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	フリガナ 小樽市〇〇町1-1	
		〒 123 - 4567	
医療機関名称 (勤務先がない場合は 自宅と記載)	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	フリガナ 医療法人社団〇〇会 〇〇病院	
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 checked="" type="radio"/> 変更あり	(0123) 45 - 6789	
診療科目	<input checked="" type="radio"/> 変更あり	(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 checked="" type="radio"/> 小児・小児外科 <input type="radio"/> 眼科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> その他	
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 checked="" type="radio"/> 変更あり	日本医師会 A会員	日本医師会A会員以外
		<input checked="" type="radio"/> 1型	<input type="radio"/> 10型 <input type="radio"/> 30型 <input type="radio"/> 50型 <input type="radio"/> 100型 <input type="radio"/> 200型 <input checked="" type="radio"/> 300型
* 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 type="radio"/> 削除
クレーム対応費用保険		<input checked="" type="radio"/> ①型	<input type="radio"/> ②型 <input type="radio"/> ③型 <input type="radio"/> 削除
次年度保険料 の払込方法 ○印	<input checked="" type="radio"/> ① 銀行口座から控除	<input type="radio"/> 北海道医師会会費引落口座	<input checked="" type="radio"/> 左記以外口座
	<input type="radio"/> ② 請求書払		

* 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