

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(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。

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				
			⑩				
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・老健施設は、加入申込みの際に「告知事項等申告書」をご提出いただきます。			
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。 引去りを希望しません。			

医師会使用欄 入力日 年 月 日 担当印

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(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： 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"/>					
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="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
	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。</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	<small>該当するすべてに○をお付けください。</small> <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O (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 (ブイ)
 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>商品一覧内に掲示しております。

申込日： 2022年 5月 20日

必須項目

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	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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 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)									
開設者名(代表者名含)	フリガナ ｲ)〇〇ｶｲ ﾚｼﾞﾁｮｳ ﾎｯｶﾞ ﾀｸ	代表者氏名	田村 太郎	1	2	3	4	5	6	
ご担当者名	フリガナ ﾖｼﾓﾁｮｳ ﾀｸﾔﾏ ﾏｲｺ	(役職)	事務長	(氏名)	北山 愛子	e-mail	kitayama20@o9qc1.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	①A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
	②B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. 役職員傷害保険	<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	D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。 <input 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

引去りを希望されない場合に○

記入例（追加加入の場合）

<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O（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： 2022 年 7 月 1 日 申込日：2022年 5 月 11日

所属郡市医師会名	変更あり	旭川市 医師会	医療機関コード	変更あり	1 2 3 4 5 6 7
経営形態	変更あり	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	変更あり	〒 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	変更あり	フリガナ イ) 〇〇カイ 〇〇ビョウイン 医療法人社団〇〇会 〇〇病院	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)		
開設者名(代表者名含)	変更あり	フリガナ イ) 〇〇カイ リンチョウ ホウカイ タロウ 医療法人社団〇〇会 理事長 北海 太郎	代表者医師登録番号	1 2 3 4 5 6	
ご担当者名		フリガナ ソウムカ (役職) 総務課 フリガナ キノ タイチ (氏名) 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
	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)		追加 加入型 _____ 型	削除
3. 看護職賠償責任保険		追加 加入型 _____ 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 <small>病院・老健施設は、加入申込みの際に「告知事項等申告書」をご提出いただきます。</small>		追加 加入型 _____ 型	削除
9. 医療事故調査費用保険★		追加 加入型 1,000万円 型	削除
10. クレーム対応費用保険★		追加 加入型 3 型	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		

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