株式会社メディコ北海道　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

# 役員賠償責任保険　加入依頼書・変更依頼書
# 使用者賠償責任保険　見積依頼書

下記にご記入いただいた事項は、保険商品や保険に関する各種案内に利用させていただきます。
なお、ご案内を作成するために必要な範囲内で、ご記入いただいた事項を、損保ジャパンに提供いたしますことを、あらかじめご了承ください。

【医療機関情報】

| ご加入時の確認事項 | 重要事項等（パンフレット）の事項を確認・同意のうえ、加入・変更・見積を依頼します。 | ご記入日 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療施設 | 所在地 | フリガナ<br>漢　字 | | |
| | 施設名 | フリガナ<br>漢　字 | | 医療機関番号 |
| | 院長または開設者名 | フリガナ<br>漢　字 | 重要事項の内容を確認・同意のうえ、加入依頼書の記載内容にしたがい契約加入を依頼します。　印 | 医籍登録番号 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ご担当者 | 部　署 | | 氏　名 | |
| | 連絡先 | | E-mail アドレス | |

## 保険期間　2026年10月1日午後4時～2027年10月1日午後4時まで

## 1. 役員賠償責任保険　加入依頼書　ご加入にあたり以下の項目をご記入ください

| | |
|---|---|
| 事業収入<br>（医業収益+医業外収益+補助金） | 百万円 |
| 法人種類 | 医療法人社団　　医療法人財団 |
| 支払限度額 | 5,000万円　　1億円　　3億円 |
| 保険料<br>（パンフレットP4に記載しています） | 円 |

## 2. 使用者賠償責任保険　見積依頼書　お見積りにあたり以下の項目をご記入ください

①加入対象事業所の賃金総額をご申告ください。

（注1）直近会計年度の労働者災害補償保険資料（「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」）記載の賃金総額をご記入ください。
（注2）政府労災に申告している職員が加入対象となります。

| | |
|---|---|
| 賃金総額 | 千円 |

②災害補償規程等（※）の備え付けはありますか?

※従業員などに対して政府労災保険の給付のほかに一定の災害補償を行うことを定めた規定（例:災害補償規程、就業規則、労働協約）

いいえ　　はい

**【支払方法】**

**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。

●ご記入後、ご加入窓口の株式会社メディコ北海道までFAXにてご送付ください。
北海道医師会指定保険代理店　**株式会社 メディコ北海道　FAX番号:011-210-7172**
〒060-0042　札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館3階