

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						
							印	
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)		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