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

－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　あり　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	Ⓐタイプ（個人の診療所・病院／一人医師医療法人）	加入型	Ⓐ（　　－　　）型	（無床）
	Ⓑ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）		Ⓑ（　　－　　）型	（有床→（　　）床）
2．勤務医師賠償責任保険（包括契約）	（加入する）　加入型　　型			
3．看護職賠償責任保険	（加入する）　加入型　　型			
4．医療従事者賠償責任保険	（加入する）　加入型　　型			
5．雇用慣行賠償責任保険	（加入する）			
6．産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	（加入する）＋（オプション加入）			
7．役職員傷害保険	（加入する）　加入型　　型			
8．医療機関用サイバー保険	（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★	（加入する）　加入型　　型			
10．クレーム対応費用保険★	（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。 ○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
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　　月　　日　担当印