

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="checkbox"/> 変更あり	医師会	
医籍登録番号			
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 変更あり	(            )	—
診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり	(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"/> 小児・小児外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1型	<input type="checkbox"/> 10型 <input type="checkbox"/> 30型 <input type="checkbox"/> 50型 <input type="checkbox"/> 100型 <input type="checkbox"/> 200型 <input type="checkbox"/> 300型
* 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険		<input checked="" type="checkbox"/> 加入する	<input type="checkbox"/> 削除

\* 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