

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

変更あり	所属都市医師会名	医師会	医籍登録番号				
変更あり	(フリガナ) 加入者名	(担当者名)					
		TEL					
変更あり	(フリガナ) 被保険者氏名	同上	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)	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)	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)	変更あり	() —				
	診療科目	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	変更あり	日本医師会A会員 <input checked="" type="radio"/> 1型	日本医師会A会員以外 <input type="radio"/> 10型 <input type="radio"/> 30型 <input type="radio"/> 50型 <input type="radio"/> 100型 <input type="radio"/> 200型 <input type="radio"/> 300型			
*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 type="radio"/> 削除		
クレーム対応費用保険			<input checked="" type="radio"/> ①型		<input type="radio"/> ②型		<input type="radio"/> ③型 <input type="radio"/> 削除
次年度保険料の払込方法 ○印	<input checked="" type="radio"/> ① 銀行口座から控除 <input checked="" type="radio"/> 北海道医師会会費引落口座 <input type="radio"/> 左記以外口座 <input checked="" type="radio"/> ② 請求書払 <input checked="" type="radio"/> ③ 【被保険者が開設者の場合】 北海道国民健康保険団体連合会から受けるべき診療報酬から控除						

*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