

日医医賠責特約保険 変更手続のご案内

1. 変更手続依頼書記入について

- (1) 「記入日」「変更日」「現在の記名会員」の各欄を記入し、<変更事由>欄の該当項目の○をつけてください。
<変更後の内容>欄については変更項目のみご記入ください。
- (2) 記入後、本紙を都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）の担当窓口へ提出してください。
控えが必要な場合はコピーをお願いいたします。

2. 記入上の注意点

- (1) 記名会員の内容変更
所属郡市区医師会・氏名・日医の会員区分・送付先・電話番号の変更がある場合。
- (2) 記名会員の継承交代
開設者や管理者の交代等で現在の補償内容をそのまま新しい会員に移したい場合は継承交代を選択してください。
※継承交代を行うと旧加入者は脱退扱いとなります。
- (3) 新規法人化
個人立から法人立に変更となる場合。補償対象の医療施設の開設者区分が個人立から法人立に変更となります。
「医療施設の内容変更」も選択して補償対象の医療施設欄の開設者区分も選択してください。
- (4) 記名法人の削除
法人立から個人立に変更となる場合。補償対象の医療施設がある場合は、開設者区分が法人立から個人立に変更となります。「医療施設の内容変更」も選択して補償対象の医療施設欄の開設者区分も選択してください。
- (5) 記名法人の内容変更
法人の名称や所在地等の変更、記名会員の法人における地位の変更の場合。
- (6) 医療施設の追加・削除
・補償対象の医療施設を追加・削除する場合は、追加・削除する医療施設の名称を記入してください。
・補償対象施設数は、変更後の医療施設の数を入力してください。なくなる場合は0を入力してください。
・補償対象施設の変更数が4以上の場合は新たな変更依頼書に記入してください。
- (7) 医療施設の内容変更
医療施設の名称変更・医療施設の種類変更（病院から診療所）・個人立⇔法人立の変更・病床数や定員数に変更になる場合は変更後の病床数・定員数を記入してください。

3. その他

- (1) 掛金の追徴・返戻が生じる場合は、都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）より追ってご案内いたします。
- (2) 制度の詳細については、冊子「日本医師会医師賠償責任保険制度ハンドブック」もしくは日医ホームページをご参照ください。なお、制度全般に関するご照会は所属都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）までご連絡ください。

4. 個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である公益社団法人日本医師会は、幹事保険会社※に本依頼書に関する個人情報を提供いたします。
幹事保険会社は、本依頼書に関する個人情報（過去に取得したものを含まず）を、本契約に関する個人情報の利用目的に必要な範囲内で業務委託先、他の引受保険会社等に提供し、保険引受の判断、本契約の管理、保険金支払等の履行のために利用させていただきます。本手続を依頼するにあたり、幹事保険会社が上記目的のために個人情報を提供・利用することにつき同意いただきたくお願い申し上げます。

※幹事保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

記名会員の継承交代の場合

日医医賠責特約保険 変更依頼書

日本医師会 御中
日本医師会の日医医賠責特約保険制度について、下記の記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、補題のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について同意いたします。

手書きの場合は以下の太枠内について、該当項目を記入のうえ、該当の〇印をなぞってください。

記入日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日 変更日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日

現在の記名会員

所属都道府県 医師会名	東京都	所属都市区 医師会名	文京区
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
氏名	フリガナ ニカイ クロウ 日医 太郎	TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

<変更事由> 所属都道府県医師会の異動は、「脱退」と「加入」の手続を行ってください。

記名会員欄	記名法人欄	補償対象の医療施設欄
<input type="radio"/> 記名会員の内容変更	<input type="radio"/> 新規法人化	<input type="radio"/> 医療施設の追加
<input checked="" type="radio"/> 記名会員の継承交代	<input type="radio"/> 記名法人の削除	<input type="radio"/> 医療施設の削除
<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 医療施設の内容変更

<変更後の内容> 変更項目のみご記入ください。

記名会員欄(日医A会員) - 被保険者

所属都市区医師会名	東京都	所属都市区医師会名	東京都
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
氏名	フリガナ ニカイ ハナコ 日医 花子	生年月日 (西暦)	〇〇〇〇年〇月〇〇日
送付先	〒	自宅	<input checked="" type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> その他
TEL		メールアドレス(任意)	

記名法人欄 - 被保険者

法人名	フリガナ イロハホウジンシャガン 医療法人社団 〇〇会	記名会員の法人に おける地位	<input type="radio"/> 理事 <input type="radio"/> 管理者
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇〇	TEL	

*記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者である病院・診療所・介護医療院を開設する法人に限ります。

補償対象の医療施設欄

- 補償対象の医療施設がなくなる場合は補償対象施設数に0を、補償対象施設数が増える場合は変更後の施設数を記入してください。
- 病院の病床数は医療法に規定する一般病床数と療養病床数の総計許可病床数を記入してください。

補償対象施設	施設	医療施設の種類	医療施設の名称	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
1	追加 変更 削除	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	医療施設の名称	床・名 精神病床数 精神病床数 定員数(20名以上)	個人立 法人立
2	追加 変更 削除	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	医療施設の名称	床・名 精神病床数 精神病床数 定員数(20名以上)	個人立 法人立
3	追加 変更 削除	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	医療施設の名称	床・名 精神病床数 精神病床数 定員数(20名以上)	個人立 法人立

都道府県医師会	連番	記入欄
---------	----	-----

2024.7.1 H

個人立診療所の法人化の場合

日医医賠責特約保険 変更依頼書

日本医師会 御中
日本医師会の日医医賠責特約保険制度について、下記の記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、補題のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について同意いたします。

手書きの場合は以下の太枠内について、該当項目を記入のうえ、該当の〇印をなぞってください。

記入日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日 変更日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日

現在の記名会員

所属都道府県 医師会名	東京都	所属都市区 医師会名	文京区
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
氏名	フリガナ ニカイ クロウ 日医 太郎	TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

<変更事由> 所属都道府県医師会の異動は、「脱退」と「加入」の手続を行ってください。

記名会員欄	記名法人欄	補償対象の医療施設欄
<input type="radio"/> 記名会員の内容変更	<input type="radio"/> 新規法人化	<input type="radio"/> 医療施設の追加
<input checked="" type="radio"/> 記名会員の継承交代	<input type="radio"/> 記名法人の削除	<input type="radio"/> 医療施設の削除
<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 医療施設の内容変更

<変更後の内容> 変更項目のみご記入ください。

記名会員欄(日医A会員) - 被保険者

所属都市区医師会名	東京都	所属都市区医師会名	東京都
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
氏名	フリガナ 日医 太郎	生年月日 (西暦)	年 月 日
送付先	〒	自宅	<input checked="" type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> その他
TEL		メールアドレス(任意)	

記名法人欄 - 被保険者

法人名	フリガナ イロハホウジンシャガン 医療法人社団 〇〇会	記名会員の法人に おける地位	<input type="radio"/> 理事 <input type="radio"/> 管理者
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇〇	TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

*記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者である病院・診療所・介護医療院を開設する法人に限ります。

補償対象の医療施設欄

- 補償対象の医療施設がなくなる場合は補償対象施設数に0を、補償対象施設数が増える場合は変更後の施設数を記入してください。
- 病院の病床数は医療法に規定する一般病床数と療養病床数の総計許可病床数を記入してください。

補償対象施設	施設	医療施設の種類	医療施設の名称	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
1	追加 変更 削除	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	医療施設の種類	床・名 精神病床数 精神病床数 定員数(20名以上)	個人立 法人立
2	追加 変更 削除	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	医療施設の種類	床・名 精神病床数 精神病床数 定員数(20名以上)	個人立 法人立
3	追加 変更 削除	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	医療施設の種類	床・名 精神病床数 精神病床数 定員数(20名以上)	個人立 法人立

都道府県医師会	連番	記入欄
---------	----	-----

2024.7.1 H

日医医賠責特約保険 変更依頼書

日本医師会 御中

日本医師会の日医医賠責特約保険制度について、下記の記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、掲題のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について同意いたします。

手書きの場合は以下の太枠内について、該当項目を記入のうえ、該当の 印をなぞってください。

記入日(西暦)	年 月 日	変更日(西暦)	年 月 日
---------	-------	---------	-------

現在の記名会員

所属都道府県 医師会名		所属都市区 医師会名	
医籍登録番号		日医の会員	<input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
氏名	フリガナ	※A2会員とは、A2(B)会員およびA2(C)会員をいいます。	
		TEL	

<変更事由> 所属都道府県医師会の異動は、「脱退」と「加入」の手続を行ってください。

記名会員欄	記名法人欄	補償対象の医療施設欄
<input type="radio"/> 記名会員の内容変更	<input type="radio"/> 新規法人化	<input type="radio"/> 医療施設の追加
<input type="radio"/> 記名会員の継承交代	<input type="radio"/> 記名法人の削除	<input type="radio"/> 医療施設の削除
	<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 医療施設の内容変更

<変更後の内容> 変更項目のみご記入ください。

記名会員欄(日医A会員) - 被保険者

所属都市区医師会名			
医籍登録番号	日医の会員 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2		
氏名	フリガナ	生年月日 (西暦)	年 月 日
送付先	〒 -	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> その他	
TEL		メールアドレス(任意)	

記名法人欄 - 被保険者

法人名	フリガナ	記名会員の法人に おける地位	<input type="radio"/> 理事 <input type="radio"/> 管理者
所在地	〒 -	TEL	

※記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者である病院・診療所・介護医療院を開設する法人に限ります。

補償対象の医療施設欄

- 補償対象の医療施設がなくなる場合は補償対象施設数に0を、補償対象施設数が増える場合は変更後の施設数をご記入ください。
- 病院の病床数は医療法に規定する一般病床数と療養病床数の総計許可病床数をご記入ください。

補償対象施設数	施設			
1	医療施設の名称	医療施設の種類 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 介護医療院(19名以下) <input type="radio"/> 介護医療院(20名以上)	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
	<input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 削除		床・名	<input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
			精神病床数	床
2	医療施設の名称	医療施設の種類 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 介護医療院(19名以下) <input type="radio"/> 介護医療院(20名以上)	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
	<input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 削除		床・名	<input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
			精神病床数	床
3	医療施設の名称	医療施設の種類 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 介護医療院(19名以下) <input type="radio"/> 介護医療院(20名以上)	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
	<input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 削除		床・名	<input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
			精神病床数	床

都道府県医師会 連番記入欄