日医医賠責特約保険 加入・脱退手続のご案内

加入手続

1. 加入の受付時期

- (1) 保険の開始日は7月1日であり、5月中旬までに手続を行うのが原則となります。
- (2) 中途加入については、毎月中旬までの手続により翌月1日からの加入となります。

2. 加入依頼書記入について

- (1)「依頼日」「記名会員(日医 A 会員)」の各欄を記入し、法人を補償対象とする場合には「記名法人」欄を、開設者・管理者で医療施設を補償対象とする場合には「補償対象の医療施設」欄を記入してください。
- (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)の担当窓口に提出してください。 控えが必要な場合はコピーをお願いいたします。

3. 記入上の注意点

- (1) 加入日は、原則として都道府県医師会で受付を行った翌月1日からとなります。
- (2) 記名会員の送付先

被保険者証や継続案内の送付先となります。自宅・医療施設・その他を選択し、送付先を記入してください。自宅以外を選択する場合は医療施設名や法人名の記入をお願いいたします。

(3) 記名法人

記名会員が理事もしくは管理者となっている病院・診療所・介護医療院を開設する法人を補償対象とする場合は「する」に 〇をして法人名・所在地・電話番号・法人における地位を記入してください。

- (4) 補償対象施設
 - ・補償対象施設の「あり・なし」を選択して、「あり」の場合には補償対象施設数を記入してください。
 - ・補償対象施設が4以上の場合には、新たな依頼書を使用してください。
 - ・医療施設の名称・医療施設の種類・病院や介護医療院(定員 20 名以上)の場合は「病床数・定員数」・「開設者区分」を 記入してください。
 - ・補償対象となる医療施設は、診療所・個人立の病院や介護医療院・99 床以下の法人立病院・定員 99 名以下の法人立介護医療院です。それ以外の施設は補償対象の医療施設とすることはできません。

4. 掛金

1	診療所・介護医療院(19名以下)	20,	000円				
2	A2 会員	20,	000円				
3	病院・介護医療院(20 名以上)	12,	400円	×	一般・療養病床の許可病床数 または定員数	-40,	000円

脱退および都道府県医師会異動手続

1. 脱退依頼書記入について

- (1) 脱退に○を記入し、「依頼日」「所属都道府県医師会」「医籍登録番号」「氏名」を記入してください。
- (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)の担当窓口に提出してください。 控えが必要な場合は、コピーをお願いいたします。
- (3) 掛金の返戻が生じる場合には、上記の年間掛金を月割で都道府県医師会(一部地域によっては郡市区医師会)を通じてお支払いします。

2. 記入上の注意点

- (1) 脱退日は、退会や日医 B 会員に変更の場合は事由発生日の翌月1日、任意脱退の場合は原則として依頼日の翌月1日となります。
- (2) 所属の都道府県医師会を変更する場合には、所属都道府県医師会の異動を「する」に〇を記入し、脱退手続と同時に新所属 都道府県医師会への加入手続を行ってください(脱退依頼書と加入依頼書が必要となります)。

3. その他

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」もしくは日本医師会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。

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みます)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

加入・脱退依頼書 記入例

法人立診療所の理事・管理者が加入する場合

記入例

医医賠責特約保険 Ш

鱼

日本医師会

・ 脱退 依頼書

848時代: 海内 日本医師会の日医医野真特約保険について、下記の記載事項が事実に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《一》印をなぞってください。	都道府県医師会記入欄(西曆)	THE TOTAL STREET
下記の記載事項が事実に相違な! p内容について同意いたします。	ついて、該当項目を記入の	※都道府県医師会の異動による	脱退・再加入の場合はするに
本格部会 領中 中格部会の日医医館貴特約保険について、下記の記載事項が事実に相違な はお、「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	書きの場合は以下の太枠内に	依頼日(西暦) 〇〇〇〇年 〇月 〇日 ※都道府県医師会の異動による	14 本本 番曲を関連を開発を開発します。
日本医智宗 御中 日本医節会の日 なお、「個人情報	#	依頼日 (西暦)	3回达城2米圆出

師会記入欄 (西暦) (1) 加入される日医A会員は、次の「記名会員」欄の全項目を必ずご記入ください。 ○をしてください。

なお、日医A会員の開設者・管理者責任も併せて備えたい方は、下欄の (3) 補償対象の医療施設も併せてご記入ください。 記名会員 (日医 A 会員) -被保険者

所属都道府県 医師会名	東京都	所属郡市区 医師会名	大协区
医籍登録番号	0 0 0 0	日医の会員・	A2 A2 A2 A2 A2 A2 A2 A2
	JUX7 =41 900		
田名	日医 太郎		E
3	0000 - 000 ±	自宅 医療機関	(その他)
本何先	東京都文京区本駒沙〇-(0-OC 日医クリニック	レベニト
Ter	× 0000-000-00	メールアドレス (任意)	

(2) 法人を補償対象(被保険者)とする場合、次の「記名法人」欄を併せてご記入ください。 ※記名会員(日医 A 会員)が理事もしくは管理者となっている病院・診療所・介護医療院を開設する法人に限ります。

記名法人-被保険者-

			1 1 1	、ヴ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7400	
一 大 ト か 推 値 対 金	(1515	ノ (みノノノハル)きし		
後保険者)と	(する)・しない 法人名	洪人名		医療法人社団 〇〇会	900	
	0000 - 0000 ±	0000				
別在指	東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇	区本學	9达0-	0-00		
記名金	記名会員(日医A会員)の法人における地位	古人におけ	トる地位		(編)	L 00-000-0000

開設者(法人を含む)・管理者の方に限り次の「補償対象の医療施設」欄を併せてご記入ください。 ® [™]

- ※1 管理者で個人(医療施設を補償対象施設としない)加入の場合は補償対象施設(なし)を選択してください。 との係認能を指揮対象とする場合は、補償対象と行る施設的を一に記入ください。 ※3 補償対象施設が4以上の通信には、勢たな依頼準を使用してください。 ※4 病院の病床数は医療法に規定する一般病汚数と療養病床数の総計件可病床数をご記入ください。

無価	補償対象の医療施設	補償対象施設 あり) · (aU) #	補償対象施設数	1 1	施設
	医療施設の名称		医療施設の種類	病床数または介護医療院	\vdash	開設者
			へに凝縮し	定員数 (20 名以上)	Ň	区分
<u></u>	日医クリニック	<u> </u>	病院 (19名以下)	来. 徐	8 (91
			介護医療院(20名以上)	精神病床数	W W	9
	医療施設の名称		医療施設の種類	病床数または介護医療院	⊢	開設者
			影療引	定員数 (20 名以上)	Ň	区分
7			他記 会開を書評しるとい下!	来·允	∵	副人立
			↑ 糖医療院(20名以上) :-	精神病床数	展	#\L
	医療施設の名称		医療施設の種類	病床数または介護医療院	Н	開設者
			影療引	定員数 (20 名以上)	Ň	区分
Μ			太郎 (1000)	来	50.00	個人立
		<u> </u>	- 2. 職名参配に9台以下: - 分離医参配(20名以上):-	請袖病床数	₩ ₩	洪人立

「被保険者証」をもつ	
掛金は、L.紫内J のとおりです。なお、艦定した掛金は買敷へ送付する「被保険者配」をもってお知らせします。	
\$ \$	
0೭ಕಲ್ಲಿಕ್ಕ	
新西 とます。	
単金は、「ご案内」 てお知らせします。	
7月 1日まで ヶ月間	
E	
'`	- E
卅	番記入欄
	型
	帰医師会
	图
	都道府県

I

2024.7.1

脱退を希望する場合

医医賠責特約保険 Ш 記入例

日本医師会

日本医師会の日医医腊貴特約保険について、下記の記載事項が事実に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。

印をなぞってください。 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

依頼日(西暦) ○○○○年○月○日 所属都道府県医師会の異動 する・しない

Ш

皿

件

(西暦)	田	
己入欄	#	
都道府県医師会記入欄	加入目。脱退日	**************************************
※都道府県医師会の異動による	脱退・再加入の場合はするに 〇をしてください。	これが、 ではがずな 十日 姓くり 単一のくひ

(1)加入される日医A会員は、次の「記名会員」欄の全項目を必ずご記入ください。なお、日医A会員の開設者・管理者責任も併せて備えたい方は、下欄の(3)補償対象の医療施設も併せてご記入ください。

記名会員 (日医 A 会員) - 被保険者 -

	Λ	いいます。					
	A2	A 2 (C) 会員を		E			
入沙冈		B) 会員および		卅			
	(A)	※A2会員とは、A2(B)会員およびA2(C)会員をいいます		D _	Λ		
		*A2	1	田(開開)	その他		
所屬郡市区 医師会名	日医の会員				医療機関		メールアドレス (任意)
					目宅		メールアド
			406	郎			
京都))	16	K			
₩.)	14-	田風	1		
))	1 ガガナ	-	ı⊢		
所属都道府県 医師会名	不禁哈德琳 尼			兄	1 1	K 154	ĪĒ
			_				

(2) 法人を補償対象(被保険者)とする場合、次の「記名法人」欄を併せてご記入ください。 ※記名会員(日医 A 会員)が理事もしくは管理者となっている病院・診療所・介護医療院を開設する法人に限ります。

記名法人-被保険者-

_				フロガナ		
	法人を補償対象 (被保険者)と	する・しない	法人名			
	所在地	I ⊩				
_						
	記名会員	員 (日医 A 会員) の法人における地位	法人におけ	1の地位	理事	配

(3) 開設者(法人を含む)・管理者の方に限り次の「補償対象の医療施設」欄を併せてご記入ください。

管理者で個人(医療施設を補償対象施設としない)加入の場合は補償対象施設「なし」を選択してください。

※2 医療施設を補償対象とする場合は、補償対象となる施設数をご記入ください。 ※3 補償対象施設が 4 以上の場合には、新たな依頼書を使用してください。

※4 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。

施設

補償対象施設数

おし

94.)

補償対象施設

補償対象の医療施設

開設者	区分		17/1	開設者	XX	四个四	ボヘム	開設者	区分	個人立	H/LI
病床数または介護医療院	定員数 (20名以上)	采	精神病床数床	病床数または介護医療院	定員数 (20名以上)	来	精神病床数床	病床数または介護医療院	定員数 (20名以上)	床・名	精神病床数床
医療施設の種類	診療所	病院 介護医療院(19名以下)	· 介膜医療院(20名以上)	医療施設の種類	影療所	病院 介護医療院(19名以下)	二介護医病院(20名以上)	医療施設の種類	影響所	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				医療施設の名称				医療施設の名称			
						7				\sim	

「被保険者証」をもつ	
、確定した掛金は貴殿へ送付する「被保険者証」	
掛金は、「ご案内」のとおりです。なお、 てお知らせします。	
掛金は、「ご案内」 てお知らせします。	
1日から 1日まで ヶ月間	
E E	
##	連番記入欄
	都道府県医師会
保険期間 (西暦)	都道底

2024.7.1

日医医賠責特約保険 加入・脱退 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について、下記の記載事項が事実に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。

依頼日 (西暦)	年	月	\Box	※都道府県医師会の異動による	都道府県医師	F会記入欄 (i	西暦)	
所属都道府県医師会の異	動する) · · · · · · · ·	ない	脱退・再加入の場合はするに ○をしてください。	加入日)(脱退日)	年	月	В

(1)加入される日医A会員は、次の「記名会員」欄の全項目を必ずご記入ください。

なお、日医A会員の開設者・管理者責任も併せて備えたい方は、下欄の(3)補償対象の医療施設も併せてご記入ください。

記名会員(日医 A 会員)-被保険者-

所属都道府県 医師会名				所属郡市区 医師会名						
医籍登録番号				日医の会員	A1 ※A2会員とは、A2(B)会員およ			A2		
					XAZ云貝	CB, AZ(B)	云貝のより	A Z (C) 云貝で	<u>:いいまり。</u>	
氏名	フリガナ				生年月日 (西暦)		年	月	\Box	
送付先	〒 - 自宅 医療機関 その他									
TEL		メー	ルアドレ	ノス (任意)						

(2) 法人を補償対象(被保険者)とする場合、次の「記名法人」欄を併せてご記入ください。

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

記名法人-被保険者-

法人を補償対象 (被保険者)と	する・しない	法人名	フリガナ			
所在地	〒 −					
記名会員	員(日医A会員)の	法人におけ	ける地位	理事(管理者)	TEL	

- (3) 開設者 (法人を含む)・管理者の方に限り次の「補償対象の医療施設」欄を併せてご記入ください。
- ※1 管理者で個人(医療施設を補償対象施設としない)加入の場合は補償対象施設「なし」を選択してください。
- ※2 医療施設を補償対象とする場合は、補償対象となる施設数をご記入ください。
- ※3 補償対象施設が4以上の場合には、新たな依頼書を使用してください。
- ※4 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。

7月 1日まで

ヶ月間

補償	対象の医療施設	補償対象施設	. あ	り・(なし)	褌	捕償対象施設数		施設
	医療施設の名称			医療施設の種類 診療所		病床数または介護医療院 定員数 (20 名以上)		開設者区分
1				病院 介護医療院(19名以下 介護医療院(20名以上):	 精神病床数	床・名	:個人立: 法人立:
	医療施設の名称			医療施設の種類 診療所		病床数または介 定員数(20:		開設者 区分
2				病院 介護医療院(19名以下 介護医療院(20名以上	<u> </u>	精神病床数	床・名床	個人立 法人立
	医療施設の名称			医療施設の種類 診療所		病床数または介 定員数(20:		開設者 区分
3				病院 介護医療院(19名以下):		床・名	個人立法人立
	年 月 1 日から			介護医療院(20名以上):	精神病床数	床	法人 工

都道府県医師会 連番記入欄

保険期間

(西暦)

掛金は、「ご案内」のとおりです。なお、確定した掛金は貴殿へ送付する「被保険者証」をもっ てお知らせします。