

日医医賠償特約保険 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。

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○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・医療施設の種類の病院や介護医療院（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。
- (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○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

法人立診療所の理事・管理者が加入する場合

記入例 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と相違ないことを確認のうえ、欄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。

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脱退・再加入の場合はする()しない()〇をしてください。

所属都道府県医師会 東京都医師会 都道府県医師会記入欄(西暦)

加入日() 脱退日()

(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	東京都	所属都府市区医師会名	文京区
医師登録番号	〇〇〇〇〇〇	日医の会員	A1
氏名	フリガナ ニイ 白 太郎	生年月日(西暦)	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日
送付先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇 日医クリニック	その他	
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	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 -

法人を補償対象(被保険者)とする() しない()	法人名	フリガナ イノウエホウジンシャヤク 〇〇カイ
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇	医療法人社団 〇〇会
記名会員(日医A会員)の法人における地位	理事	管理者
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

(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可病床数をご記入ください。

補償対象の医療施設

1	医療施設の種類	医師施設の種類	補償対象施設	あり	なし	なし	補償対象施設数	1	施設
1	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	〇	〇	〇	〇	1	1	開設者 区分 床・名 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床
2	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)							開設者 区分 床・名 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床
3	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)							開設者 区分 床・名 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床

保険期間(西暦) 年 月 1日から 年 月 1日まで
〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇
都道府県医師会 連番記入欄

脱退を希望する場合

記入例 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と相違ないことを確認のうえ、欄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。

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脱退・再加入の場合はする()しない()〇をしてください。

所属都道府県医師会 東京都医師会 都道府県医師会記入欄(西暦)

加入日() 脱退日()

(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	東京都	所属都府市区医師会名	文京区
医師登録番号	〇〇〇〇〇〇	日医の会員	A1
氏名	フリガナ ニイ 白 太郎	生年月日(西暦)	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日
送付先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇 日医クリニック	その他	
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	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 -

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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇	医療法人社団 〇〇会
記名会員(日医A会員)の法人における地位	理事	管理者
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

(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可病床数をご記入ください。

補償対象の医療施設

1	医療施設の種類	医師施設の種類	補償対象施設	あり	なし	なし	補償対象施設数	施設
1	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	〇	〇	〇	〇	1	開設者 区分 床・名 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床
2	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)						開設者 区分 床・名 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床
3	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)						開設者 区分 床・名 個人立 法人立 精神病床数 床 病棟数または介護医療院 定員数(20名以上) 病棟数 区分 個人立 法人立 精神病床数 床

保険期間(西暦) 年 月 1日から 年 月 1日まで
〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇
都道府県医師会 連番記入欄

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、「個人情報取扱に関するご案内」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。

依頼日 (西暦)	年 月 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 <input type="radio"/> をしてください。	都道府県医師会記入欄 (西暦)
所属都道府県医師会の異動	<input type="radio"/> する <input type="radio"/> しない		加入日 <input type="radio"/> 脱退日 <input type="radio"/> 年 月 日

(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	<input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 ※A2会員とは、A2(B)会員およびA2(C)会員をいいます。
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)	

(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	<input type="radio"/> する <input type="radio"/> しない	法人名	フリガナ
所在地	〒 -		
記名会員 (日医A会員) の法人における地位	<input type="radio"/> 理事 <input type="radio"/> 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。

補償対象施設	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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) 床・名 精神病床数 床 開設者区分 <input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
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) 床・名 精神病床数 床 開設者区分 <input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
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) 床・名 精神病床数 床 開設者区分 <input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立

保険期間 (西暦)	年 月 1日から 年 7月 1日まで ヶ月間
-----------	------------------------------

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。

都道府県医師会 連番記入欄