

団体医師賠償責任保険 加入依頼書	2026年7月始期
-------------------------	-----------

医師賠償責任保険パンフレットの内容、損保ジャパンウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意し、下記内容にて加入いたします。

	申込日	20 年 月 日	地区医師会名			他の保険契約
加入依頼者	住所	〒 ()				他に医師賠償責任保険にご加入されている場合は下記にご記入ください。
	フリガナ 氏名	印				保険会社名
		<input checked="" type="radio"/> 法人 <input checked="" type="radio"/> 個人	性別 <input type="radio"/> 1 男 <input type="radio"/> 2 女	生年月日	(昭和) (平成) 年 月 日	満期日

- ※1 原則として加入依頼者と保険料負担者は同じとなります。
 ※2 医療施設種類、経営形態、会員区分、標榜科目など該当するものを○で囲んでください。

被保険者	医療機関	フリガナ 氏名	※加入依頼者と同じ場合は記入不要です。				
			<input checked="" type="radio"/> 法人 <input checked="" type="radio"/> 個人	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	(昭和) (平成) 年 月 日	
	医療施設種類	一般診療所、一般病院、老人保健施設、その他 ()					
	フリガナ 施設名称						
	施設所在地	〒 ()					
	開設者氏名	法人の場合は法人名・役職名・代表者名を記載→					
	経営形態	1 法人 2 個人 3 一人法人 9 その他					
	日医会員区分	1 A①会員 2 A②会員 3 左記以外			診療所・有床無床 区分	1 有床 (床) 2 無床	
		A①・A②会員以外の勤務医の有無		1 あり 2 なし			
	病院の場合 許可病床数	一般 床	療養 床	精神 床	結核 床	その他 床	
標榜科目	01内科 02外科 03 整形・形成外科 04 脳神経外科 07産婦人科 08皮膚科 10小児・小児外科 11眼科 12耳鼻咽喉科 16その他						

医師賠償責任保険の内容		パンフレットをご参照のうえ、加入型をご選択ください。	
保険期間	2026年 7月 1日 から 2027年 7月 1日まで		か月
特約・オプション名	区分(いずれかに○を付してください)	タイプ(ご契約タイプをご記入ください)	
診療所・病院の基本契約(医師特約+施設)	新規 / 変更		
勤務医 医師賠償責任保険	新規 / 変更		
OP1 勤務医師包括担保追加条項	新規 / 変更		
OP2 看護職賠償責任保険(包括契約)	新規 / 変更		
OP3 医療従事者賠償責任保険(包括契約)	新規 / 変更		
OP4 傷害見舞費用担保追加条項	新規 / 変更		
OP5 医療廃棄物排出者責任保険	新規 / 変更		
OP6 雇用慣行賠償責任保険	新規 / 変更		
OP7 サイバー保険	新規 / 変更		
OP8 傷害担保追加条項	新規 / 変更		
医療事故調査費用保険	新規 / 変更		
産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険	新規 / 変更		