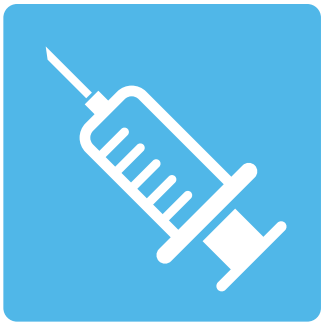
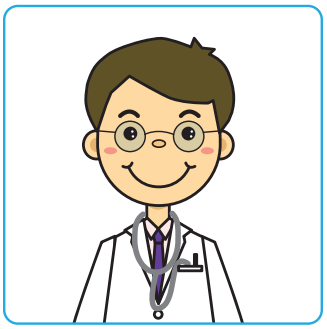
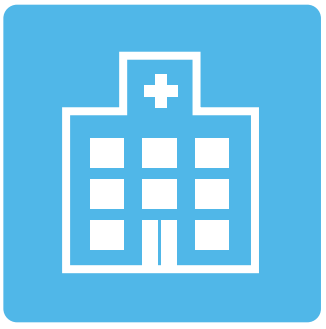
公益社団法人 全国自治体病院協議会団体契約

# 勤務医師賠償責任保険

## 医師賠償責任保険勤務医契約

**個人加入方式のご案内**



2025年度

公益社団法人 全国自治体病院協議会

# 1.この保険の特長

**この保険は、日本国内における医療事故により患者に身体障害（障害に起因する死亡を含みます。）が発生し保険期間中に患者またはその遺族により損害賠償請求を提起された場合に、勤務医師個人が負担する法律上の賠償責任を補償する保険です。**

①勤務病院以外での医療事故も対象です。
（病院が加入している病院賠償責任保険では、外部の医療施設などにおける医療事故は対象外となります。）
②この保険をつけられた医師の直接の指揮・監督下にある看護師等の医療事故も対象になります。
※看護師等に固有の責任が認められた場合には、対象とならないことがあります。
③いかなる場合も医療施設の開設者の責任を肩代わりするものではありません。
④刑事弁護士費用担保追加条項が、被保険者を個人とする勤務医師賠償責任保険に、追加保険料なしで自動セットされております。

## ■刑事弁護士費用担保追加条項について

従来、医師賠償責任保険にて補償対象外となっていた「刑事事件」に関する弁護士費用・訴訟費用について、補償する追加条項です。被保険者（補償の対象となる方）である個人の医師が、日本国内で行った医療行為またはそれに付随する行為に起因して、業務上過失致死傷罪の疑いで保険期間中に送検された場合に、被保険者が弁護士費用または訴訟費用を負担することによって被る損害に対して、保険金をお支払いします。（起訴後の費用を含みます。）

### ①保険金額

保険期間（１年）を通じて500万円となります。
※ただし、被保険者が複数のときは、被保険者ごとに適用するものとします。

### ②保険金をお支払いする場合

被保険者の医療行為の対象者が、日本国内で行われた医療行為により死傷した場合において、被保険者が業務上過失致死傷罪の疑いで送検されたとき、被保険者がその刑事事件に関する弁護士費用または訴訟費用を負担することによって被る損害に対して保険金をお支払いします。
なお、次の費用はお支払いの対象外になりますのでご注意ください。
a. 公務執行妨害等の犯罪に該当する弁護活動に関する弁護士費用
b. 弁護士法に基づく弁護活動を逸脱する行為に関する弁護士費用　　など

### ③保険期間と保険金をお支払いする場合の関係

この追加条項では、保険期間中に送検された場合に、業務上過失致死傷罪の疑いとなる行為を行った時から刑の確定の時(注)までに発生した弁護士費用または訴訟費用に対して保険金をお支払いします。

（注）刑の確定の時とは、次のいずれかの時をいいます。
①刑事事件について、検察官が不起訴と判断した時（注１）
②裁判所が略式命令を発した時（注２）
③第一審、控訴審もしくは上告審の判決により、有罪または無罪が確定した時（注３）
（注１）ただし、検察審査会で起訴相当または不起訴不当の議決がなされた場合を除きます。
（注２）ただし、その略式命令の告知後に公判請求がなされた場合を除きます。
（注３）ただし、第一審または控訴審の判決の後に控訴または上告された場合におけるその第一審およびその控訴審の判決を除きます。

### ④保険金をお支払いできない主な場合

（1）次の事由に起因する損害
①戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動
②地震、噴火、洪水、津波またはこれらに類似の自然変象

（2）次に掲げる刑事事件に起因する損害
①保険契約者または被保険者の故意によって生じた刑事事件
②被保険者の有罪の確定(注)がなされた刑事事件
③被保険者と世帯を同じくする親族の死傷に関する刑事事件
④被保険者の業務に従事中の被保険者の使用人の死傷に関する刑事事件
⑤美容を唯一の目的とする医療に起因する刑事事件
⑥所定の免許を有しない者が行った医療に起因する刑事事件（ただし、所定の許可を有する臨床修練外国医師または臨床修練外国歯科医師が行った医療に起因する刑事事件は除きます。）
など

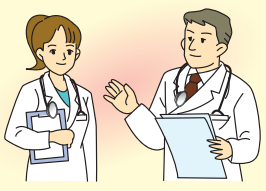
（注）有罪の確定……第一審、控訴審または、上告審の判決により、有罪が確定することをいいます。ただし、第一審または控訴審の判決の後に控訴または上告された場合におけるその第一審またはその控訴審の判決を除きます。

**用語のご説明**

業務上過失致死傷罪…刑法第211条第１項に定める業務上過失致死罪および業務上過失致傷罪をいいます。
送検……刑事訴訟法第203条第１項または同第246条に定める検察官に対する事件送検をいいます。
刑事事件……被保険者の医療の対象者が死傷した場合において、被保険者が業務上過失致死傷罪の疑いで送検される事件をいいます。
弁護士費用……被保険者が損保ジャパンの同意を得て支出した弁護士の着手金、報酬、法律相談料、日当、実費等をいいます。
訴訟費用……刑事訴訟費用等に関する法律第２条に定める旅費、日当、宿泊料、鑑定料、報酬その他の給付をいい、刑事訴訟法第500条の２の規定に従って、被保険者が予納した訴訟費用を含みます。

# 2.保険契約者・ご加入者

**保険契約者は公益社団法人全国自治体病院協議会です。ご加入者は公益社団法人全国自治体病院協議会の会員施設に勤務されている、医師の皆さまです。**



## 3.保険金をお支払いする事故

被保険者またはその使用人その他被保険者の業務補助者が、日本国内において医療を行うにあたり、職業上または職務上の相当な注意を怠ったことにより、医療の対象者に身体障害（障害に起因する死亡を含みます。）が発生し、保険期間中に損害賠償請求がなされた場合、被保険者（保険の補償を受けられる方）が負担する法律上の賠償責任を補償します。
争訟費用にかぎっては、損害賠償請求の有無にかかわらず、保険期間中に被保険者もしくはその代理人が身体障害またはその原因・事由を知った場合において、保険金をお支払いします。

●保険上の事故日の捉え方

医療行為日　／　損害賠償請求が提起された日　＝　保険上の事故日

（この事故日が保険期間中であれば保険対象になります。）

※ただし、初年度契約締結前（その保険契約を最初にご契約になった時より前）に知っていた身体障害により保険期間開始後に損害賠償請求の提起を受けた場合は保険金をお支払いすることができません。

●損害賠償請求期間延長担保追加条項について

保険を継続しない場合や、廃業等により保険を解約した場合、保険期間終了前に行った医療に起因して保険期間終了後5年もしくは10年以内に損害賠償請求を提起された場合に補償する追加条項です。
勤務医師賠償責任保険は、保険期間中に医師の責任となる事故により損害賠償請求の提起を受けた場合に保険金をお支払いしますので、保険を継続しない場合や、廃業等により保険を解約した場合は保険期間終了前に行った医療に起因する事故により保険期間終了後に損害賠償請求の提起を受けた場合、保険金をお支払いできません。（保険期間中に事故の発生を認識し、損保ジャパンに書面にてご通知いただいている場合にはそのかぎりではありません。）
しかし、医療を行ってから事故が発見され損害賠償請求を提起されるまで相当の時間を要する場合が多いので、廃業する場合などはこの追加条項をセットされることをおすすめします。損害賠償請求期間延長担保追加条項をセットされる場合、追加保険料が必要となります。取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
※被保険者が死亡された場合は、相続人からのご通知により相続人が被保険者とみなされます。
ただし、死亡被保険者にかかわる損害賠償請求をうけた場合にかぎります。

## 4.お支払いする保険金の種類

次のような損害保険金や諸費用をお支払いします。

①損害賠償金（示談・和解等による場合でも対象となります。）
被害者の治療費、入院費、慰謝料、休業補償費　など
※損害賠償金は、保険金額の範囲内でお支払いします。
②争訟費用等（損保ジャパンの事前の承認を得て支出した訴訟費用や弁護士報酬など）

## 5.保険金をお支払いできない主な場合

この保険では、下記のような場合の事故は、保険金お支払いの対象から除かれますのでご注意ください。

①海外での医療事故
②被保険者が故意に起こした事故
③美容を唯一の目的とする医療によって生じた賠償責任
④医療の結果を保証することによって加重された賠償責任
⑤名誉き損および秘密漏えいに起因して生じた事故
⑥建物や設備の所有使用または管理上の事故
……など

## 6.保険料

公益社団法人全国自治体病院協議会の会員施設に勤務する医師（常勤・非常勤は問いません。）は、団体割引20%が適用されております。

保険期間１年（団体割引20%適用済）一括払

| 契約型式 | 保険金額 | | 年間保険料（１名あたり） | |
|---|---|---|---|---|
| | 対人1事故につき | 対人1年間につき | 医師 | 歯科医師 |
| １型 | 100万円 | 300万円 | 4,000円 | —— |
| ５０型 | 5,000万円 | 1億5,000万円 | 28,700円 | 4,290円 |
| １００型 | 1億円 | 3億円 | 40,660円 | 5,410円 |
| １５０型 | 1億5,000万円 | 4億5,000万円 | 46,110円 | 6,530円 |
| ２００型 | 2億円 | 6億円 | 51,570円 | 7,650円 |
| ３００型 | 3億円 | 9億円 | 62,400円 | 9,890円 |

（注１）日本医師会Ａ①会員およびＡ②会員の方は、すでに日医保険（自己負担額100万円）に加入しているため、１型のみのご加入となります。
（注２）団体割引は、本団体契約の前年のご加入実績により決定しています。
次年度以降、割引率が変更となることがありますので、あらかじめご了承ください。

（団体割引20%適用済）一括払

| 契約型式 | ★損害賠償請求期間延長担保追加保険料 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 医　師 | | 歯科医師 | |
| | 5年（37%） | 10年（45%） | 5年（7%） | 10年（8%） |
| １型 | 1,480円 | 1,800円 | —— | —— |
| ５０型 | 10,620円 | 12,920円 | 300円 | 340円 |
| １００型 | 15,040円 | 18,300円 | 380円 | 430円 |
| １５０型 | 17,060円 | 20,750円 | 460円 | 520円 |
| ２００型 | 19,080円 | 23,210円 | 540円 | 610円 |
| ３００型 | 23,090円 | 28,080円 | 690円 | 790円 |

## 7.保険期間と加入方法

この保険は毎年4月30日午後4時を保険始期日とし、翌年4月30日午後4時までの、保険期間1年間の公益社団法人全国自治体病院協議会団体契約です。

（1）したがって、その間の加入は翌年４月30日までの短期契約となります。
（2）中途加入による短期契約の保険料は加入月日による月割計算となります。
（3）計算式は　（年間保険料）×（翌年４月30日までの月数）÷ 12＝＿＿＿＿円
で、10円未満を四捨五入して10円単位にします。

（計算例）100型に７月１日から加入した場合。
翌年４月30日までの未経過月数は10か月だから
40,660円（年間保険料）×10÷12≒33,883→33,880円
が中途加入保険料となります。

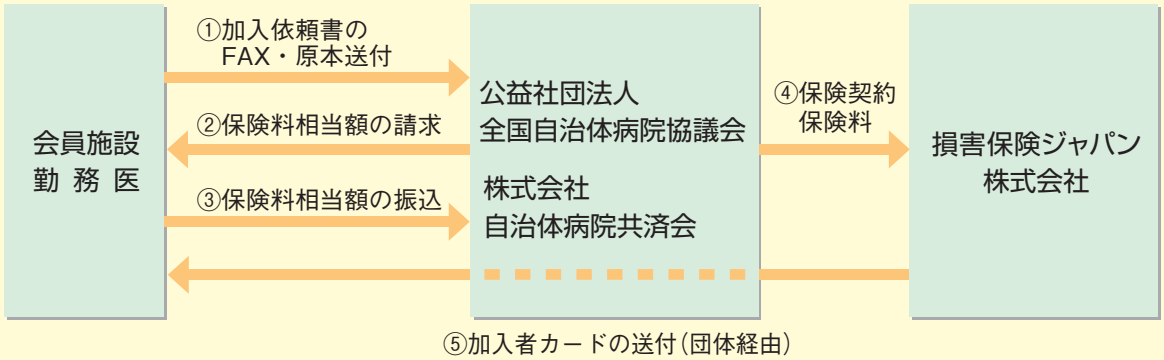
（4）「勤務医師賠償責任保険加入依頼書」にご記入・ご捺印のうえ、まず自治体病院共済会保険部にFAX（03-3265-5868）してください。その後原本を郵送してください。
（5）自治体病院共済会保険部より保険料相当額請求書をお送りします。
（6）保険料を保険開始希望日の２営業日前までに着金するようお振込みください。
※お願い：恐縮ですが、振込手数料のご負担をよろしくお願いします。

〈振込先〉

千葉銀行　東京営業部（銀行番号0134／店番号018）普通預金3036696　公益社団法人全国自治体病院協議会
シャ）ゼンコクジチタイビョウインキョウギカイ

（7）後日、公益社団法人全国自治体病院協議会より加入者カードが送付されますので大切に保管してください。また、2か月経過してもカードが届かない場合は、公益社団法人全国自治体病院協議会または自治体病院共済会保険部までお問い合わせください。

〈勤務医師賠償責任保険加入手続の流れ〉




## 8.ご加入後の異動（変更）手続き

ご加入の保険内容に変更（例えば勤務先病院の変更や住所の変更など）が生じた場合は自治体病院共済会保険部までご連絡ください。
変更内容にもとづき、別途手続きのご案内をします。

## 9.ご契約の継続手続き

① 満期が近くなりましたら、「勤務医師賠償責任保険（個人加入方式）の満期継続意思確認手続きのご案内」をお届けします。
② ご契約内容をご確認のうえ、確認書を自治体病院共済会保険部までFAXか郵送してください。
③ ご契約内容に変更があり、別途お手続きを要する場合は、自治体病院共済会保険部からお手続きのご案内をします。

## 10.保険料の自動口座振替

保険料のお支払方法について、振込みの他、ご指定口座からの自動振替もご利用いただけます。
自動振替をご希望の先生方には、詳細を別途ご案内しますので自治体病院共済会保険部へご連絡ください。

## ご加入の際にご注意いただくこと

●告知義務（ご契約締結時における注意事項）

(1)保険契約者または記名被保険者の方には、保険契約締結の際、告知事項について、損保ジャパンに事実を正確に告げていただく義務（告知義務）があります。

＜告知事項＞

■保険加入依頼書等の記載事項すべて

※保険加入依頼書にご記載いただく内容については、正確に告知願います。

(2)保険契約締結の際、告知事項のうち危険に関する重要な事項（注）について、故意または重大な過失によって事実を告げなかった場合または事実と異なることを告げた場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。

（注）告知事項のうち危険に関する重要な事項とは、保険加入依頼書の以下の項目をいいます。

●被保険者欄（追加被保険者を設定する場合は、追加被保険者を含みます。）など

■個人情報の取扱いについて

○保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。

○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます。）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）をご覧いただくか、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

申込人（加入者）および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

①ご契約者と被保険者（保険の補償を受けられる方）が異なる場合は、被保険者となる方にもこのパンフレットに記載した内容をお伝えください。

②賠償責任保険は、保険種類に応じた特約条項および追加条項によって構成されています。特約条項および追加条項等の詳細につきましては、取扱代理店または損保ジャパンにご照会ください。

③医師特約については、海外において損害賠償請求を提起された場合も補償対象となりますが、対象となる業務は日本国内で行う業務にかぎります。

④この保険契約の保険適用地域は日本国内となります。

## 通知義務（ご契約締結後における注意事項）

(1)保険契約締結後、以下の事項に変更が発生する場合、あらかじめ（※）取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。

■保険加入依頼書等の記載事項の変更　■標榜科目を変更される場合　など

ただし、他の保険契約等に関する事実を除きます。

(※)保険加入依頼書等に記載された事実の内容に変更を生じさせる事実が発生した場合で、その事実の発生が保険契約者または記名被保険者に原因がある場合は、あらかじめ取扱代理店または損保ジャパンにご通知ください。その事実の発生が保険契約者または記名被保険者に原因がない場合は、その事実を知った後、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンにご通知が必要となります。（ただし、その事実がなくなった場合は、損保ジャパンに通知する必要はありません。）

(2)以下の事項に変更があった場合にも、取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。ご通知いただかないと、損保ジャパンからの重要なご連絡ができないことがあります。

■ご加入者の住所などを変更される場合

(3)ご通知やご通知に基づく追加保険料のお支払いがないまま事故が発生した場合、保険金をお支払いできないことやご契約が解除されることがあります。ただし、変更後の保険料が変更前の保険料より高くならなかったときを除きます。

(4)重大事由による解除等

保険契約者または被保険者が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合などは、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

## 万一事故にあわれたら

万一事故が発生した場合（損害賠償請求がなされるおそれがある場合も含みます。）は、ただちに問い合わせ先またはお近くの損保ジャパンまでご通知ください。

●賠償責任を負う事故が発生した場合には必ず損保ジャパンとご相談いただきながら被保険者ご自身で被害者との示談交渉をすすめていただくことになります。

※本保険では、保険会社が被保険者（保険の補償を受けられる方）に代わり示談交渉を行うことはできません。

●法律上の損害賠償責任が生じないにも関わらず、被害者に支払われた見舞金等は、保険のお支払いの対象となりません。

●遅滞なくご通知いただけなかった場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

●保険金のご請求にあたっては、次の書類のうち損保ジャパンが求めるものを提出していただきます。

| | 必要となる書類 | 必要書類の例 |
|---|---|---|
| ① | 保険金請求書および保険金請求権者が確認できる書類 | 保険金請求書、戸籍謄本、印鑑証明書、委任状、代理請求申請書、住民票　など |
| ② | 事故日時・事故原因および事故状況等が確認できる書類 | 傷害状況報告書、疾病状況報告書、事故証明書、メーカーや修理業者等からの原因調査報告書、刑事弁護士費用に関する通知書　など |
| ③ | 保険の対象の価額、損害の額、損害の程度および損害の範囲、復旧の程度等が確認できる書類 | ①他人の財物を損壊した賠償事故の場合<br>修理見積書、写真、領収書、図面（写）、被害品明細書、賃貸借契約書　など<br>②被保険者の身体の傷害または疾病に関する事故、他人の障害に関する賠償事故の場合<br>診断書、入院通院申告書、治療費領収書、所得を証明する書類、休業損害証明書、源泉徴収票　など |
| ④ | 公の機関や関係先等への調査のために必要な書類 | 同意書　など |
| ⑤ | 被保険者が損害賠償責任を負担することが確認できる書類 | 示談書（写）、判決書（写）、調停調書（写）、和解調書（写）、相手方からの領収書、承諾書　など |

●損保ジャパンは、被保険者が保険金請求の手続を完了した日から原則、30日以内に保険金を支払います。ただし、以下の場合は、30日超の日数を要することがあります。

①公的機関による捜査や調査結果の照会　②専門機関による鑑定結果の照会　③災害救助法が適用された災害の被災地域での調査　④日本国外での調査　⑤損害賠償請求の内容や根拠が特殊である場合

上記①から⑤の場合、さらに照会や調査が必要となった場合、被保険者との協議のうえ、保険金支払の期間を延長することがあります。保険契約者や被保険者が正当な理由なく、損保ジャパンの確認を妨げたり、応じなかった場合は、上記の期間内に保険金を支払われない場合がありますのでご注意ください。

●事故の紛争処理が日本医師会賠償責任審査会に付託されたときには、その裁定額を限度に保険金の支払額を決定します。（被保険者が日医A①会員、A②会員の場合）

## その他ご注意いただくこと

●引受保険会社が経営破綻した場合または引受保険会社の業務もしくは財産の状況に照らして事業の継続が困難となり、法令に定める手続きに基づき契約条件の変更が行われた場合は、ご契約時にお約束した保険金・解約返れい金等のお支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。

●この保険については、ご契約者が個人、小規模法人（引受保険会社の経営破綻時に常時使用する従業員等の数が20名以下である法人をいいます。）またはマンション管理組合（以下あわせて「個人等」といいます。）である場合にかぎり、損害保険契約者保護機構の補償対象となります。補償対象となる保険契約については、引受保険会社が経営破綻した場合は、保険金・返れい金等の８割まで（ただし、破綻時から３か月までに発生した事故による保険金は全額）が補償されます。

　なお、ご契約者が個人等以外の保険契約であっても、その被保険者である個人等がその保険料を実質的に負担すべきこととされているもののうち、その被保険者にかかる部分については、上記補償の対象となります。損害保険契約者保護機構の詳細につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

●この保険は全国自治体病院協議会を保険契約者とする団体契約であり、クーリングオフの対象とはなりません。

●賠償責任保険の保険金に質権を設定することはできません。

●被害者が保険金を請求する場合、被害者は保険金請求権に関して、損保ジャパンから直接、保険金を受領することが可能な場合があります。詳細につきましては取扱代理店までお問い合わせください。

●損害賠償請求がなされるおそれのある身体障害の発生等をご認識されている場合は、解約の申し出をいただく前にその原因・事由を知った日からその日を含めて60日以内に書面で取扱代理店または損保ジャパンまでご連絡ください。ご連絡いただいた場合、保険期間終了後５年間はその原因・事由による損害賠償請求による保険責任を延長します。（ただし、損害賠償請求を受けた時点で損保ジャパンで医師賠償責任保険契約がある場合または他の保険契約等（※）がある場合を除きます。）また、保険期間終了前に行った医療行為で、かつ損害賠償請求を受けていない医療行為に起因して、保険期間終了後５年以内に損害賠償請求がなされた場合に補償する追加条項もご用意しております。詳しくは、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

(※)この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

●2010年４月１日以降発生の事故から、次の1.から4.までのいずれかの方法で賠償責任保険（特約）の賠償責任保険金をお支払いします。

1.被保険者（保険の補償を受けられる方）が相手の方へ賠償金を支払った後に、損保ジャパンが被保険者にお支払いします。

2.被保険者の指図により、損保ジャパンが直接相手の方にお支払いします。

3.相手の方が先取特権（他の債権者に優先して支払を受ける権利）を行使することにより、損保ジャパンが直接相手の方にお支払いします。

4.被保険者が相手の方の承諾を得て、損保ジャパンが被保険者にお支払いします。

※保険法により3.の先取特権を行使することによる賠償責任保険金のお支払いもできるようになります。

---

★勤務医師賠償責任保険（医師賠償責任保険 勤務医契約）は、賠償責任保険普通保険約款に医師特約をセットしたものです。

★このパンフレットは概要を説明したものです。詳細につきましては、ご契約者である団体の代表者の方にお渡ししております約款等に記載しています。必要に応じて、団体までご請求いただくか、損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）でご参照ください（ご契約内容が異なっていたり、公式ウェブサイトに約款・ご契約のしおりを掲載していない商品もあります。）。ご不明点等がある場合には、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

★共済会（取扱代理店）は引受保険会社（損保ジャパン）との委託契約に基づき、お客さまからの告知の受領、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。したがいまして共済会とご締結いただいて有効に成立したご契約については、引受保険会社（損保ジャパン）と直接契約されたものになります。

---

**■保険会社との間で問題を解決できない場合（指定紛争解決機関）**

損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。
損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合は、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。

一般社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター
〔ナビダイヤル〕0570－022808〈通話料有料〉
受付時間：平日の午前９時15分～午後５時（土・日・祝日・年末年始は休業）
詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。
（https://www.sonpo.or.jp/）

---

**■事故が起こった場合**

事故が起こった場合は、ただちに損保ジャパンまたは取扱代理店までご連絡ください。
平日夜間、土日祝日の場合は、下記事故サポートセンターまでご連絡ください。

【窓口：事故サポートセンター】0120-727-110
〈受付時間〉平日/午後5時～翌日午前9時 土日祝日（12月31日～1月3日を含みます。）/ 24時間

※上記以外受付時間外は、損保ジャパンまたは取扱代理店までご連絡ください。

---

【お問合せ先（取扱代理店）】

**（株）自治体病院共済会　保険部**

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館 本館7階
TEL 03-3263-3397　FAX 03-3265-5868
E-mail：hokenbu@jichikyo.co.jp
共済会ホームページ：https://www.jichikyo.co.jp/
（受付時間：平日の午前8時45分から午後5時15分まで）

【引受保険会社】

**損害保険ジャパン（株）医療・福祉開発部第一課**

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL 03-3349-5113
（受付時間：平日の午前9時から午後5時まで）

SJ24-11129　2024/11/29

〒102-8556 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館 本館7階
公益社団法人 全国自治体病院協議会　御中

送付先(株)自治体病院共済会 保険部
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館 本館7階
**ＦＡＸ 03-3265-5868**

（自治体病院共済会　使用欄）

| | |
|---|---|
| 病院コード | |
| 被保険者番号 | |

1—②　**勤務医師賠償責任保険**
**(医師賠償責任保険　勤務医契約)**

# 勤務医師賠償責任保険加入依頼書

下記のとおり、貴会が締結する勤務医師賠償責任保険に加入を依頼します。

★ はご記入必須項目となります。

申込日：西暦　　年　　月　　日

| | | |
|---|---|---|
| 勤務病院（会員施設名） | ★フリガナ<br>★ | |
| 診療科・お名前 | | ★フリガナ<br>★　　印<br>申込人(加入者)および被保険者は、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ます。 |
| ご自宅住所 | ★フリガナ<br>★〒　　－<br>E-mail：　　★TEL　　－　　－ | |
| 性別・生年月日 | ★　男　・　女 | ★西暦　　年　　月　　日生 |
| 告知事項 | ★(1)他に同種の保険に加入していますか？　はい(損保名　　)／いいえ<br>★(2)日本医師会A①またはA②会員ですか？　はい(A①会員　・　A②会員　)／いいえ<br>※日本医師会A①会員及びA②会員の方はすでに日医保険(自己負担額100万円)に加入しているため、1型にしか加入できません。 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保険期間 | (保険開始希望日)<br>★ 西暦＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 から 西暦＿＿＿年 4月 30日 まで | | | |
| 保険料 | ★　　型<br>(契約型式) | ＿＿＿＿円<br>(年間保険料) | ×　＿＿＿＿／12か月<br>(未経過月数) | ＝　＿＿＿＿円<br>(10円未満四捨五入:10円単位) |
| 延長担保特約 | □ 5年＿＿＿＿＿＿円<br>□ 10年＿＿＿＿＿＿円 | 申込保険料合計 | 円 | |

※ 開始希望日の2営業日前までに、保険料が下記振込先に着金していることが条件となります。
※ 請求書は郵送にて送付いたします。依頼書到着が保険開始希望日に迫っている場合はFAX等でも保険料をご連絡します。(目安として開始希望日の2週間前)
振込先 ：千葉銀行　東京営業部（銀行番号0134／店番号018）普通預金 3036696　公益社団法人全国自治体病院協議会
シャ) ゼンコクジチタイビョウインキョウギカイ

| 加入希望日 | 4月30日〜5月29日 | 5月30日〜6月29日 | 6月30日〜7月29日 | 7月30日〜8月29日 | 8月30日〜9月29日 | 9月30日〜10月29日 | 10月30日〜11月29日 | 11月30日〜12月29日 | 12月30日〜1月29日 | 1月30日〜2月27日 | 2月28日〜3月29日 | 3月30日〜4月29日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 未経過月数 | 12か月 | 11か月 | 10か月 | 9か月 | 8か月 | 7か月 | 6か月 | 5か月 | 4か月 | 3か月 | 2か月 | 1か月 |

※ 中途加入・中途脱退保険料は保険会社の所定の月割計算式で算出します。確定保険料は請求書にてご確認下さい。

| | | |
|---|---|---|
| 会員施設のお取りまとめ窓口 | ★ 部署名： | ★ 担当者名： |
| | ★ TEL(　　)内線(　　) | FAX(　　) |

**団体保険に関するご留意事項**

本保険は公益社団法人全国自治体病院協議会を契約者とする団体契約であり、保険期間は毎年4月30日午後4 時から翌年4月30日午後4時までの1年間となっております。
勤務医の方の個人賠償責任をカバーする保険ですが、会員施設にお勤めであることが前提となっておりますため、各種書類（請求書・加入者カード・更改に関するご案内等）および当社からのご連絡は会員施設の取りまとめ窓口様宛とさせて頂きます。
お手数をおかけ致しますが、何卒ご了承下さいますようお願い申し上げます。

**お問合せ先：(株)自治体病院共済会 保険部　TEL 03-3263-3397　FAX 03-3265-5868**
ご加入手続きの際には、事前に本依頼書を(株)自治体病院共済会 保険部へFAXにて送信ください。( 原本は後日ご郵送ください )
本依頼書はコピーしてご利用頂くことも可能です。

本依頼書にご記入いただいた個人情報は「公益社団法人全国自治体病院協議会個人情報保護規程」に基づき、本保険申込み・契約変更・更改案内の為のみ使用します。

**記入例**　● ご記入は黒色のボールペン等でお願いします。

〒102-8556 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館 本館7階
公益社団法人 全国自治体病院協議会　御中

送付先（株）自治体病院共済会 保険部
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館 本館7階
**ＦＡＸ 03-3265-5868**

（自治体病院共済会　使用欄）

| | |
|---|---|
| 病院コード | |
| 被保険者番号 | |

1—②　**勤務医師賠償責任保険**
**（医師賠償責任保険　勤務医契約）**

# 勤務医師賠償責任保険加入依頼書

下記のとおり、貴会が締結する勤務医師賠償責任保険に加入を依頼します。

★ はご記入必須項目となります。

申込日：西暦　　年　　月　　日

| | | |
|---|---|---|
| 勤務病院（会員施設名） | ★フリガナ　○○ケンリツ○○ビョウイン<br>★ ○○県立○○病院 | |
| 診療科・お名前 | ○○科 | ★フリガナ　ジチキョウ　タロウ<br>★ 自治共　太郎　印<br>申込人（加入者）および被保険者は、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ます。 |
| ご自宅住所 | ★フリガナ　○○ケン××シ △ク1-1-1　○○マンション×カイ<br>★〒　－<br>○○県××市△区1-1-1 ○○マンション×階<br>E-mail：　★TEL 090 － 1234 － 5678 | |
| 性別・生年月日 | ★　（男）・　女 | ★西暦　2000 年　12 月　30 日生 |
| ※ 告知事項 | ★(1)他に同種の保険に加入していますか？　はい（　損保名　）／ いいえ<br>★(2)日本医師会A①またはA②会員ですか？　はい（　A①会員　・　A②会員　）／ いいえ<br>※日本医師会A①会員及びA②会員の方はすでに日医保険（自己負担額100万円）に加入しているため、1型にしか加入できません。 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険期間 | （保険開始希望日）<br>★ 西暦 20×× 年 4 月 30 日 から 西暦 20×× 年 4月 30日 まで | | |
| 保険料 | ★ 100 型（契約型式） | 40,660 円（年間保険料） × 12 ／12か月（未経過月数） ＝ 40,660 円（10円未満四捨五入:10円単位） | |
| 延長担保特約 | □ 5年　　円<br>□ 10年　　円 | 申込保険料合計 | 40,660 円 |

※ 開始希望日の2営業日前までに、保険料が下記振込先に着金していることが条件となります。
※ 請求書は郵送にて送付いたします。依頼書到着が保険開始希望日に迫っている場合はFAX等でも保険料をご連絡します。（目安として開始希望日の2週間前）
振込先 ：千葉銀行　東京営業部（銀行番号0134／店番号018）普通預金 3036696　公益社団法人全国自治体病院協議会
シャ）ゼンコクジチタイビョウインキョウギカイ

| 加入希望日 | 4月30日〜5月29日 | 5月30日〜6月29日 | 6月30日〜7月29日 | 7月30日〜8月29日 | 8月30日〜9月29日 | 9月30日〜10月29日 | 10月30日〜11月29日 | 11月30日〜12月29日 | 12月30日〜1月29日 | 1月30日〜2月27日 | 2月28日〜3月29日 | 3月30日〜4月29日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 未経過月数 | 12か月 | 11か月 | 10か月 | 9か月 | 8か月 | 7か月 | 6か月 | 5か月 | 4か月 | 3か月 | 2か月 | 1か月 |

※ 中途加入・中途脱退保険料は保険会社の所定の月割計算式で算出します。確定保険料は請求書にてご確認下さい。

| | | |
|---|---|---|
| 会員施設のお取りまとめ窓口 | ★ 部署名：○○課 | ★ 担当者名：自治共　次郎 |
| | ★ TEL（012-345-6789）内線（　） | FAX（　） |

**団体保険に関するご留意事項**

本保険は公益社団法人全国自治体病院協議会を契約者とする団体契約であり、保険期間は毎年4月30日午後4時から翌年4月30日午後4時までの1年間となっております。
勤務医の方の個人賠償責任をカバーする保険ですが、会員施設にお勤めであることが前提となっておりますため、各種書類（請求書・加入者カード・更改に関するご案内等）および当社からのご連絡は会員施設の取りまとめ窓口様宛とさせて頂きます。
お手数をおかけ致しますが、何卒ご了承下さいますようお願い申し上げます。

**お問合せ先：（株）自治体病院共済会 保険部　TEL 03-3263-3397　FAX 03-3265-5868**
ご加入手続きの際には、事前に本依頼書を（株）自治体病院共済会 保険部へFAXにて送信ください。（原本は後日ご郵送ください）
本依頼書はコピーしてご利用頂くことも可能です。

本依頼書にご記入いただいた個人情報は「公益社団法人全国自治体病院協議会個人情報保護規程」に基づき、本保険申込み・契約変更・更改案内の為のみ使用します。

※該当する項目にチェックをお願いします。