



福岡県医発第2458号(地)

平成23年 3月10日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

日医医賠償特約保険「平成23年7月加入手続要領(加入依頼書)」の配布
および平成23年7月に満期を迎える加入者の更新手続きの依頼について

平成23年度の加入手続(保険開始:平成23年7月1日)については、別紙スケジュールに基づき実施いたします。

つきましては、別添のとおり標記加入依頼書【保険開始:平成23年7月1日】(1枚目の手続要領が黄色の用紙)を送付いたしますので、特約保険未加入の日医A1、A2会員へご案内いただきますようお願い申し上げます。

また、併せて満期を迎える加入者からの申し出による加入内容の変更の際に使用する「変更手続要領(変更手続依頼書)」「(1枚目の手続要領が桃色の用紙)及び満期を迎える加入者からの申し出による脱退や未加入者が中途加入する際に使用する汎用の「手続要領(加入・脱退依頼書)」「(1枚目の手続要領が緑色の用紙)を下記部数送付いたしますので、申し出のある会員にお渡しいただきますようお願いいたします。

なお、

- 1) 加入依頼書(保険開始:平成23年7月1日)、変更手続依頼書、汎用の手続依頼書については、貴会にてお取りまとめの上、5月16日(月)までに本会へ送付ください。
- 2) 各手続依頼書が不足しましたら本会へご連絡ください。
- 3) 平成23年7月加入受付および更新手続きの会員向け案内は、「日医ニュース」平成23年4月5日付号に掲載される予定です

記

平成23年7月加入手続要領(加入依頼書)	50	部
変更手続・汎用手続依頼書	各	5

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 廣瀬真恵
会長 蒲池 壽

日医医賠償特約保険に新規加入ご希望の方は、医師会事務局へご連絡ください。

郡市医師会

日医医賠責特約保険加入手続きスケジュール

(保険開始：平成23年7月1日の場合 継続を含む)

- 3月中旬 県医師会から各郡市医師会に「平成23年7月加入手続要領（加入依頼書）」を送付。
- 4月 1日 加入手続の開始（A会員に加入手続要領を配布）
- 4月中旬 3月現在の加入内容にもとづく「自動継続内容明細表」が日医から県医師会へ送付され、県医師会から各郡市医師会へ送付。また、「自動継続のご案内」が日医から会員宛に送付。
満期を迎える加入者の申し出による脱退、加入内容の変更手続。
- 5月16日 各郡市医師会より県医師会への加入依頼書締切。
(継続分の脱退、変更手続きを含む)
- 5月31日 県医師会より日医への加入依頼書締切。
- 7月 1日 保険開始
- 7月下旬 日医より送付される「掛金集金資料」及び「被保険者明細表」を県医師会から各郡市医師会へ送付。
「掛金集金資料」にもとづく掛金の集金。
「被保険者証」が日医から加入者へ送付。
- 9月中旬 集金した掛金及び「掛金集金資料」を県医師会へ送付。
- 9月30日 県医師会から日医あて掛金の送金の期限。

日医医賠責特約保険 100

平成23年7月加入 手続要領

1 特に、次のA会員に加入をお奨めします。

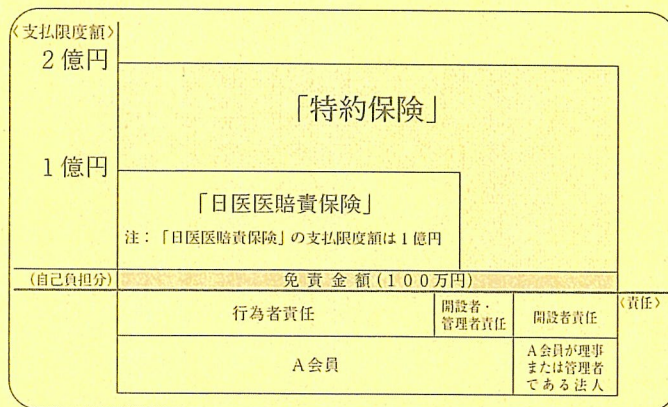
- (1) パート、アルバイト、ローテーションの医師らを含めた、いわゆる非A会員が起こした医療事故について、開設者・管理者としての責任部分の賠償にも備えたいA会員
- (2) 法人（99床以下の法人立病院と、診療所のみ加入可）の責任部分の賠償にも備えたいA会員
- (3) 高額賠償の支払い（1事故2億円まで、保険期間中6億円まで）に備えたいA会員

2 支払限度額

「日医医賠責保険」と合算して
 1 事故（同一医療行為につき）2 億円
 保険期間中 6 億円

3 保険期間

平成23年7月1日から
 平成24年7月1日までの1年間



4 掛金 * 1

①診療所	23,000円										
②A2会員	23,000円										
③病院	掛金	=	補償対象の病院に 常勤する A2会員数	* 2		1 病床あたり掛金		×	* 3 一般・療養 病床の許可 病床数	-	40,000円
				在籍なし	16,000円						
				1～2名	15,200円						
				3名以上	14,400円						

- * 1 上記掛金の一部については、制度運営に関わる経費が含まれています。
 * 2 病院については、常勤A2会員の在籍数により、掛金区分が異なります。
 * 3 一般・療養病床数は、医療法に規定する一般病床と療養病床の総計許可病床数です。
 * 病院の精神病床については、別途、日本医師会（電話 代表03-3946-2121）までご照会ください。

5 具体的な加入手続き

- (1) 2枚目から6枚目までが加入依頼書の5連複写となっています。
 1枚目裏面の＜加入依頼書 記入例＞を参考に、2枚目「日本医師会 本紙」にボールペンで強く記入し、捺印してください。
- (2) 記入・捺印後、6枚目「本人控」を切りはなし、2枚目から5枚目を都道府県医師会（一部地域によっては、郡市区医師会）の担当窓口にて締切日までに提出してください。
- (3) 掛金は、都道府県医師会（一部地域によっては、郡市区医師会）を通じて集金されます。
 なお、集金不能となった場合は、始期に遡り保険の効力がなくなるのでご注意ください。
- (4) 被保険者証は、日本医師会から直送されます。
- (5) 次年度以降は、加入条件に変更のない限り、自動継続となります。

6 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 解説」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。

日医医賠責特約保険 変更手続要領

1 変更手続依頼書記入について

- (1) 2枚目から6枚目までが変更手続依頼書の5連複写となっています。
2枚目「日本医師会 本紙」にボールペンで強く記入し、捺印してください。
- (2) 「記入日」、「変更日」、「現在の記名会員」の各欄を記入し、＜変更事由＞欄の該当項目に○印をつけます。＜変更後の内容＞欄については、変更項目のみご記入下さい。
- (3) 記入・捺印後、6枚目「本人控」を切りはなし、2枚目から5枚目を都道府県医師会（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。

2 記入上の注意点

- (1) 「補償対象の医療施設」の追加および内容変更の場合は、「変更事由」欄の「医療施設の追加」もしくは「医療施設の内容変更」に○をつけ、「変更後の内容」欄には、該当する医療施設について太枠内の全項目を記入します。

「補償対象の医療施設」の内容変更の具体例としては、

- ① 医療施設の名称の変更
- ② 医療施設の種類の变更（病院から有床診療所への変更等）
- ③ **病院**の病床数の変更
- ④ 開設者区分の変更（個人立から法人立への変更等）

がありますが、変更となる医療施設について、「補償対象の医療施設」欄の全項目をご記入ください。

「補償対象の医療施設」の削除の場合は、「変更事由」欄の「医療施設の削除」に○をつけ、「変更後の内容」欄には、削除する医療施設の名称のみを記入します。

- (2) **病院**の「常勤A2会員数」の変更に関しては、「変更事由」欄の「常勤A2会員の变更」に○をつけ、「変更後の内容」欄には、既存のA2会員を含め、変更後の常勤A2会員の状況を記入します。

常勤A2会員が「在籍なし」になる場合は、「変更事由」欄の「常勤A2会員を全て削除」に○をつけます。この場合は「変更後の内容」欄の記入は不要です。

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 解説」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。

日医医賠責特約保険

手続要領

100

＜加入手続の場合＞

1 加入の受付時期

- (1) 保険の開始日は7月1日であり、5月中旬までに手続きを行うのが原則となります。
- (2) 中途加入については、**中途加入月の前々月中旬までの**手続きにより毎月1日からの加入を受け付けます。

2 具体的な加入手続き

- (1) 2枚目から6枚目までが加入依頼書の5連複写となっています。
1枚目裏面の＜加入依頼書 記入例＞を参考に、2枚目「日本医師会 本紙」にボールペンで強く記入し、捺印してください。
- (2) 記入・捺印後、6枚目「本人控」を切りはなし、2枚目から5枚目を都道府県医師会（一部地域によっては、郡市区医師会）の担当窓口に締切日までに提出してください。
- (3) 掛金は、都道府県医師会（一部地域によっては、郡市区医師会）を通じて集金されます。
なお、集金不能となった場合は、始期に遡り保険の効力がなくなるのでご注意ください。
- (4) 被保険者証は、日本医師会から直送されます。
- (5) 次年度以降は、加入条件に変更のない限り、自動継続となります。

3 年間掛金 * 1

（中途加入の場合には、下記の金額を月割で徴収します。）

①診療所		23,000円					
②A2会員		23,000円					
③病院	掛金	補償対象の病院に 常勤する A2会員数	*2	1病床あたり掛金	*3 一般・療養 病床の許可 病床数	×	40,000円
			在籍なし	16,000円			
			1～2名	15,200円			
			3名以上	14,400円			

- * 1 上記掛金の一部については、制度運営に関わる経費が含まれています。
* 2 病院については、常勤A2会員の在籍数により、掛金区分が異なります。
* 3 一般・療養病床数は、医療法に規定する一般病床と療養病床の総計許可病床数です。
* 病院の精神病床については、別途、日本医師会（電話 代表03-3946-2121）までご照会ください。

＜脱退および加入内容の変更の場合＞

1 脱退

- (1) 2枚目から6枚目までが脱退依頼書の5連複写となっています。
2枚目「日本医師会 本紙」の「脱退」の箇所を実線で囲み、「依頼日」、「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」、「氏名」を、ボールペンで強く記入し、捺印してください。
- (2) 記入・捺印後、6枚目「本人控」を切りはなし、2枚目から5枚目を都道府県医師会（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。
- (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）を通じて支払います。
※保険期間中に保険事故があった場合は、返戻しません。

2 加入内容の変更（所属の都道府県医師会が変わる場合のみ）

本用紙を2セット使用し、「脱退」の手続きと同時に、異動先の都道府県医師会への「加入」の手続きを行ってください。

＜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 解説」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。