



福岡医発第1943号（地）
平成27年10月17日

各医師会長殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
（公印省略）

「日本医師会 医療事故調査費用保険」について（追加情報その2）

「日本医師会医療事故調査費用保険」については、平成27年9月30日付け福岡医発第1746号（地）にてご案内しているとおりですが、今般、事故のご連絡に際して必要となる書類等について保険会社から別紙1～4の通り示されましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員へ周知方よろしくお願いいたします。

別紙1 事故連絡書…医療事故調査・支援センターへの報告を行った後、センターより事故管理番号が付与されますので、管理番号を記載の上、福岡県医師会医師会医療事故調査制度係へご送付ください。

別紙2 請求ご案内	}	別紙1 による事故連絡を受けた後、保険会社より会員の先生へ直送される資料となります。
別紙3 請求チェックシート		
別紙4 保険金請求書		

また、この保険に関するQ&Aが**別紙5**に、対応フローが**別紙6**にとりまとめられていますので、併せてご覧ください。

なお、保険金の請求等についてのお問い合わせは、本保険の幹事会社の日医事故調保険専用フリーダイヤルをご利用ください。

東京海上日動火災保険株式会社

本店損害サービス部・医療賠償損害サービス室 日医医療事故調保険専用フリーダイヤル

0120-789-131（平日9:00～17:00）

(法安 96)
平成 27 年 10 月 6 日

都道府県医師会
医療事故調査制度担当理事 殿

日本医師会常任理事
今村 定臣

「日本医師会医療事故調査費用保険」について（追加情報その 2）

「日本医師会医療事故調査費用保険」については、平成 27 年 9 月 9 日付文書（法安 75）にて情報をご案内したところですが、今般、事故のご連絡に際して必要になる書類等について保険会社から別紙 1～4 の通り示されましたのでご報告申し上げます。

別紙 1 事故連絡書・・・基本的には日医 A1 会員制度対象の先生にご記入いただくものですが、事故ご連絡を受電時に都道府県医師会にてご記入いただくことも可能です。ご記入後、貴会から日本医師会（医事法・医療安全課）へご送付ください。

別紙 2 請求ご案内	}	別紙 1 による事故連絡を受け付けた後、保険会社より会員の先生へ直送される資料となります。
別紙 3 請求チェックシート		
別紙 4 保険金請求書		

また、**別紙 5** の通り、この保険に関してよくあるご質問に対する Q & A を整理いたしました。

別紙 6 として、対応フローもお送りしますので、併せてご覧ください。

なお、保険金の請求等についてのお問い合わせは、本保険の幹事会社の日医事故調保険専用フリーダイヤルをご利用ください。

東京海上日動火災保険株式会社

本店損害サービス部・医療賠償損害サービス室 日医事故調保険専用フリーダイヤル

0120-789-131（平日 9:00～17:00）

今後も追加でご案内できる情報がありましたら、随時ご報告させていただきます。貴会におかれましても本保険の趣旨をご理解いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

<個人情報の利用目的>

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ

（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

（※）詳しくは、弊社ホームページ（<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>）をご参照ください。

連絡日：20 年 月 日

日本医師会・医療事故調査費用保険 事故連絡書

会員情報

所属都道府県 医師会名	都 道 府 県		医師会 登録番号	
会員名	(フリガナ)	医療機関における 会員の地位	開設者 ・ 管理者	
医療施設名		(病床数) 床	開設者 区分	法人・個人 その他 ()
医療施設 住所・電話	Tel.		医療機関 種別	病院・診療所 その他 ()

事故内容

事故日	(予期せぬ死亡、死産発生日)			支援センター 事故報告管理番号	
	20	年	月	日	時 分頃
事故状況	(下記または添付の支援センター報告票の通り)				
患者情報	(性別) 男・女	(年齢) 歳	(生年月日) (西暦) 年 月 日		
保険会社から連絡させて頂く際の窓口	所属・氏名：				Tel：
保険金請求書 送付先	住所	〒			
	宛名				

上記医療施設
住所に同じ

都道府県医 処理欄	都道府県医No.		(チェック)	(チェック)
日医処理欄	日医No.	(会員資格確認)	(チェック)	(チェック)
保険会社 処理欄	保険会社No.		(チェック)	(チェック)

日本医師会・医療事故調査費用保険 保険金ご請求手続きのご案内

東京海上日動火災保険株式会社

ご連絡をいただきました下記事案につきまして受付が完了いたしました。今後の保険金請求のお手続きについて、以下の通りご案内申し上げます。

なお、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく下記照会先までお問い合わせください。

【照会先】

本店損害サービス部・医療賠償損害サービス室

日医事故調保険専用フリーダイヤル

0120-789-131（平日：9：00-17：00）

<事故内容>

事故日	20 / /			支援センター 事故報告管理番号	
患者情報	性別 男・女	年齢 歳	生年月日 年 月 日	都道府県医No.	

<保険金ご請求の流れ>

①院内調査を完了し、「医療事故調査結果報告書」を支援センターにご提出されましたら、下記②に記載の書類を、同封の返信用封筒にて東京海上日動あて送付ください。

②送付いただく書類

- 保険金請求書（ご捺印分）
- 支援センターにご提出された「医療事故調査結果報告書」コピー
- ご請求書類チェックシート
- 支出の分かる資料（領収書等）

※原則として、会員の皆様にて各種費用をお支払いいただいた後、保険金をご請求ください。

③弊社にて内容確認後、ご指定の口座に保険金をお支払いさせていただきます。

日本医師会・医療事故調査費用保険 ご請求書類チェックシート

保険金請求書類を以下の通りご案内いたしますので、お取り揃えのうえ、ご提出いただきますようお願い申し上げます。
(本チェックシートもご提出をお願いいたします。)

書類名		書類のご説明等		お客様 チェック欄	保険会社 チェック欄
①	保険金請求書	ご捺印、口座の記載漏れがないか、ご確認ください。		☐	☐
②	医療事故調査結果報告書（写）	院内事故調査を終了し、支援センターに提出された報告書のうち、以下の部分のコピーをご提出ください。 ・表紙 ・本文最終ページ ・事案を特定できる情報が記載されたページ（センター事故報告管理番号等。表紙に書かれている場合は不要） ・調査の概要（調査項目、調査の手法）の記載されたページ		☐	☐
③	医療事故調査に支出した費用の内容 および 支払の事実を証する書類	金 額 ・ 調査に支出した費用の内容がわかる書類（請求書等） ・ 支払事実を証する書類（振込明細、伝票、領収証等）			
	・ 死体解剖費用		円	☐	☐
	・ 死亡時画像診断（Ai）費用		円	☐	☐
	・ 遺体搬送・保管費用		円	☐	☐
	・ 外部委員への謝金・交通費等		円	☐	☐
	・ その他院内調査委員会運営費用		円	☐	☐
	・ 調査報告書作成委託費用		円	☐	☐
	・ 支援団体へ支払った支援費用（20万円限度）		円	☐	☐
	・ その他の費用（ ）		円	☐	☐
	・ その他の費用（ ）		円	☐	☐
	・ その他の費用（ ）		円	☐	☐
	・ その他の費用（ ）		円	☐	☐
	・ その他の費用（ ）		円	☐	☐
	・ その他の費用（ ）		円	☐	☐
	請求額合計		円	☐	☐
④	その他必要書類			☐	☐
【通信欄】					

日本医師会・医療事故調査費用保険
保険金請求書

<個人情報の利用目的>

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ（※）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

（※）詳しくは、弊社ホームページ（<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>）をご参照ください。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

記入日

20

年

月

日

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求します。

保険金請求者
(日医A1会員名)

〒

住所

Tel

氏名

印

所属都道府県医師会名

都

道

府

県

医師会

支援センター
事故報告管理番号

事故内容

会員名または
医療施設

所在地 同上

名称

患者情報

性別

男・女

年齢

歳

生年月日
(西暦)

年

月

日

事故日

(予期せぬ死亡・死産発生日) 20 年 月 日

他の
保険契約事故調査費用を担保する
他の保険契約

保険会社名

保険金額

有 ・ 無

円

保険金請求額

円

振込先

■保険金は下記口座へ振り込んで下さい（口座への振込をもって支払がなされたものと認めます）

銀行

信用組合

支店

信用金庫

農 協

支所

普通・総合

支店コード (3ケタ)

口座番号 (7ケタ)
(右詰でご記入ください)

通帳記号 (5ケタ)

通帳番号 (8ケタ)
(右詰でご記入ください)

当座 貯蓄

1

口座名義

[カタカナでご記入下さい]

【保険会社使用欄】

都道府県医No.

日医No.

弊社受領日

Q1 自院にてAi・解剖を行った費用はこの保険の支払対象外ですか？

A1 自院にてAi・解剖を行ったことでコストが発生した場合には、そのエビデンスを示すことが出来れば、保険の対象となります(他の費用は全て、要件に該当するもののうち外部に支払ったものを保険の対象としていますが、Ai・解剖については、自院で対応可能な場合にも、保険の適用をうけるために、敢えて時間・コストをかけて他院へ依頼することとならないよう、自院で実施した場合についても保険対応の余地を残しています)。

Q2 法人立で1つしか病院を開設していなくても、管理者がA1 会員でないと保険の対象外なのでしょうか？

A2 開設数が複数であろうと 1 つであろうと、法人立か個人立かで分けて考えます。法人立の場合は管理者がA1 の場合のみ、この保険の被保険者となります。

Q3 日医制度の被保険者となっているA1 会員は、重複して都道府県医師会の保険に加入できないのですか？

A3 日医制度の被保険者となっているA1 会員は、500 万円までの補償があるため、都道府県制度の任意加入保険では、100 床以上の病院開設者・管理者や、医療法人(除く 1 人医師医療法人)の管理者がA1 会員でない場合等、日医制度の被保険者とならない場合を、原則の加入対象としています。

なお、複数の医療機関を設置している場合や補償限度額が不足するおそれのある場合等、特別の事情がある場合には加入することも可能ですが、重複して保険が支払われないこと等充分ご理解をいただいた上で加入をお願いいたします。

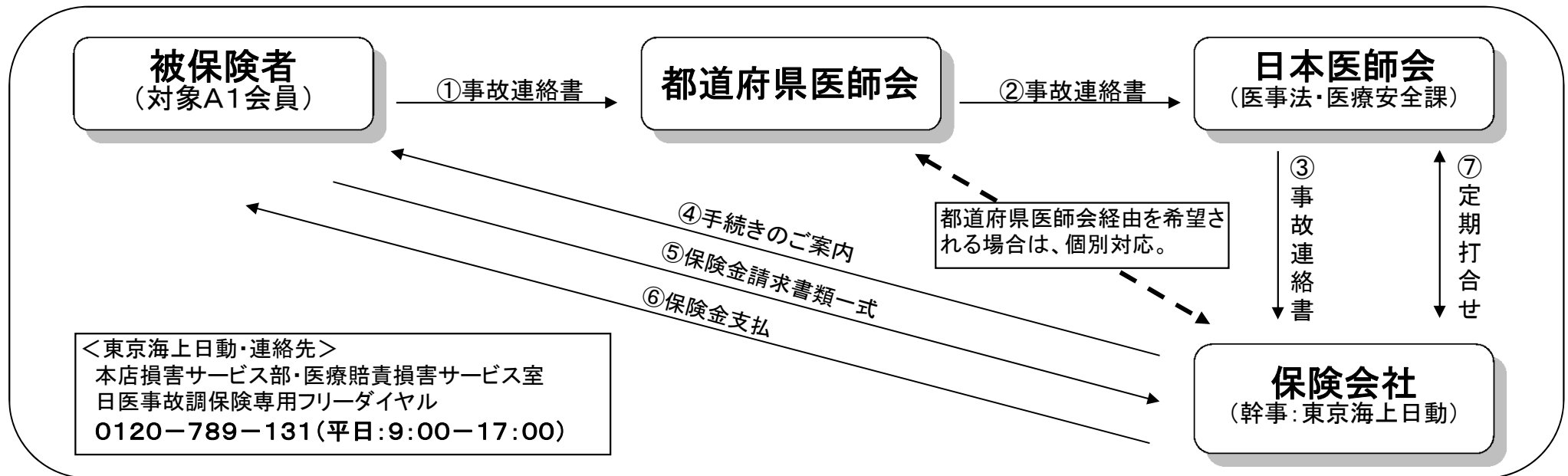
※特別な事情(例)

都道府県医師会や、郡市医師会が医療機関を開設しており、医師会役員先生(A1)が自院の開設者・管理者と兼任しているような場合、先生の保険が適用できるが医師会の医療機関を対象として別途付保したいというような場合。

【注意】 重複した場合の取扱い

- 他に使用できる保険がある場合には、1 事故で支払いの対象となる費用総額を按分してのお支払いとなります。いずれかの保険でお支払をした後に、按分額を保険会社間で精算、他の保険からの支払を受けることになります。
- 日医制度で対象となる医療機関について、別途都道府県制度の任意加入保険に申し込まれる場合には、都道府県制度の加入申込書類に「他の同種の保険があるか？」の告知事項の質問に「はい」とお答えいただく(申告いただく)ことになります。

日本医師会・医療事故調査費用保険 事故対応フロー



＜ポイント＞

①都道府県医師会の事務ロードを軽減します。

・事故連絡以外の各種手続き(書類案内・保険金請求書の送付等)は、原則として、東京海上日動が全て直接会員の皆様とやり取りを行います。

・東京海上日動の日医専門部署内に事故調専用フリーダイヤルを設置し、全国の会員の皆様からの照会に対応します。

②全国集中対応いたします。

東京海上日動の日医専門部署が全国の事案を集中対応いたします。問題点があれば、日本医師会との定期打合せ(フロー図⑦)により、迅速に運用の改善を図ってまいります。

＜事務フローの詳細＞ (番号は上記フロー図内の番号と対応しています。)

①「予期せぬ死亡事故」が発生した場合、会員の皆様は「日本医師会・医療事故調査費用保険事故連絡書(以下「事故連絡書」)」を作成して、都道府県医師会に送付します(必要に応じ、支援センターへの報告書を添付してください)。

②都道府県医師会は内容確認のうえ、「事故連絡書」を日本医師会に送付します。

③日本医師会は、「事故連絡書」を東京海上日動あて送付します。

④東京海上日動より、会員の皆様あて「保険金請求書」および「手続きのご案内」「ご請求書類チェックシート」を郵送いたします。

⑤院内調査を完了し、事故調査結果報告書を支援センターに提出されましたら、「保険金請求書」「ご請求書類チェックシート」「事故調査結果報告書(写、一部)」「支出の分かる資料(領収書等)」を、東京海上日動あて送付ください。ご不明な点等がございましたら、フリーダイヤルまでご照会ください。

※原則として、会員の皆様にて費用をお支払いいただいた後、保険金をご請求ください。