



福岡医発第 3436 号 (地)
令和 4 年 3 月 11 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

日医医賠償特約保険各種手続きにおける押印ルールの改定について

今般、日本医師会より日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退手続きにおける押印ルールの改定及びそれに付随する帳票の変更についてご連絡がありました。

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の周知方ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 改定時期

令和 4 年 3 月 15 日に郡市区医師会より県医師会に到着した依頼書より適用

2. 改定内容

日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退手続き時の 個人印、法人印の押印を不要とする。

3. 使用帳票の変更内容

(1) 「令和 4 年 7 月加入手続要領 (加入依頼書: 青色)」用紙

①個人印、法人印の押印欄削除

②控を削減

※保険会社提出用、都道府県医師会控、郡市区医師会控、本人控を省略しておりますので、控がご入用の際はコピーしてください。

(2) 「手続要領 (加入・脱退依頼書: 緑色)」用紙

個人印、法人印の押印欄削除

(3) 「変更手続要領 (変更手続依頼書: ピンク色)」用紙

個人印、法人印の押印欄削除

4. 旧帳票の取り扱いについて

旧帳票につきましても 3 月 15 日以降の使用は可能です。

以上

(医責 252)
令和4年3月2日

都道府県医師会
医事紛争担当理事 殿

日 本 医 師 会
常任理事 城守 国斗
(公印省略)

日医医賠償特約保険
各種手続きにおける押印ルール改定のご連絡

日医医賠償特約保険の加入手続等につきましては、日頃より多大なご尽力を賜り厚く御礼申しあげます。

日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退手続きにおける押印ルールの改定と、付随しての帳票変更について下記の通りご案内申し上げます。会務ご多端のところ誠に恐縮に存じますが、郡市区医師会並びに特約保険加入・変更・脱退時のA会員に対するご周知のほど宜しくお願い申し上げます。

記

1. 改定時期

令和4年3月15日郡市区医師会より貴会に到着した各依頼書より適用

2. 改定内容

日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退手続時の個人印、法人印の押印を不要とします

3. 使用帳票の変更内容

(1) 「令和4年7月加入手続要領（加入依頼書:青色）」用紙

①個人印、法人印の押印欄削除

②控を削減

※保険会社提出用、都道府県医師会控、郡市区医師会控、本人控を省略しておりますので、控がご入用の際はコピーをお取りいただくようお願いいたします。

(2) 「手続要領（加入・脱退依頼書:緑色）」用紙

個人印、法人印の押印欄削除

(3) 「変更手続要領（変更手続依頼書:ピンク色）」用紙

個人印、法人印の押印欄削除

4. 旧帳票の取り扱いについて

旧帳票につきましても3月15日以降の使用は可能です。3月15日以降貴会が受け付けた旧帳票には押印不要ルールが適用できますので、既に配布済みの帳票はそのまま引き続きご使用いただきたくお願い申し上げます。

新帳票につきましては3月15日頃当方から発送予定です。

以上

日医医賠責特約保険加入依頼書

日本医師会 御中

日本医師会の日医医賠責特約保険制度について、下記の記載事項が事実と相違ないことを確認の上、
掲題の通り依頼致します。

なお、裏面記載の「個人情報の取り扱いに関するご案内」の内容について同意致します。

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 令和4年 月 日 加入日 令和4年7月1日

- (1) 加入される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、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)も併せてご記入ください。

記名会員 (A会員) 被保険者	所属都道府県医師会名	所属市区町村医師会名
	医籍登録番号	日医の会員
	氏名フリガナ	性別 生年 月 日
	送付先	〒 年 月 日
	電話番号	FAX番号

- (2) 法人^{※1}を補償対象(被保険者)とする場合は、次の「記名法人」欄を併せてご記入ください。

※1 記名会員(A会員)が理事である法人、もしくは記名会員(A会員)が管理者である病院・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	法人名フリガナ	記名会員(A会員)の法人における地位
	所在地	理事 管理者
	電話番号	FAX番号

- (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。

補償対象の医療施設(その1)	医療施設名フリガナ	医療施設の種類	一般・療養病床数(※2)または介護医療院定員数(20名以上) 床・名	区分
	医療施設名	医療施設の種類	一般・療養病床数(※2)または介護医療院定員数(20名以上) 床・名	区分
補償対象の医療施設(その2)	医療施設名フリガナ	医療施設の種類	一般・療養病床数(※2)または介護医療院定員数(20名以上) 床・名	区分
	医療施設名	医療施設の種類	一般・療養病床数(※2)または介護医療院定員数(20名以上) 床・名	区分

※2 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許可病床数を記入してください。

※3 補償対象の医療施設(その2)は補償対象の医療施設が、2か所の場合に記入して下さい。3か所以上は、もう一つ別の依頼書をご使用ください。

病院、介護医療院(20名以上)については、常勤するA2会員数に応じて掛金区分が異なります(医療施設をまたがって合算できます)。以下の^{※4}内に該当する場合は、補償対象の病院等に常勤するA2会員の医籍登録番号と氏名をご記入ください。

常勤A2会員数	A2会員数	医籍登録番号	氏名(カナ文字で記入)
① 在籍なし	1名		
② 1~2名	2名		
③ 3名以上	3名		

ーご注意①ー

左記のA2会員は、掛金区分の適用のために記入するものであり、この特約保険の被保険者になるものではありません。

保険期間	令和4年7月1日から
	令和5年7月1日まで
	1年間

ーご注意②ー

掛金は、表紙の「加入手続要領」の通りです。なお、確定した貴殿の掛金は、提出されたこの依頼書に基づき、都道府県医師会へ送付する「掛金集金資料」及び貴殿へ送付する「被保険者証」をもってお知らせします。

内部処理欄	
1	083
2	086
3	087
4	088

※4 都道府県医師会が、日医へ送付する際に、右詰めで連番を付してください。

都道府県医師会 連番記入欄
0

加入
脱退

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。

加入日	都道府県医師会記入欄				
脱退日	令和	年	月	1	日

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------|--|--|--|------|--|--|--|-------|-------------------------|------|--|-------|-------|-------------------------|---|-----|-----|
| (A会員)
記名会員

—被保険者— | 所屬都道府県 | | | | 医師会名 | | | | 所屬都市区 | | | | 医師会名 | | | | | |
| | 医籍登録番号 | | | | | | | | | | | | 日医の会員 | | | | A 1 | A 2 |
| | 氏名フリガナ | | | | | | | | 性別 | (男)・(女) | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 送付先〒 | | | | | | | | 電話番号 | () () () () () () | | | | FAX番号 | () () () () () () | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記名法人 被保険者	法人名	フリガナ	記名会員（A会員）の 法人における地位	理事 管理者
	所在地	〒□□□-□□□□		
	電話番号	()	FAX番号	()

- [illegible]

常勤A2会員数	A2会員数	国籍登録番号	氏名（カナ文字で記入）
○ 在籍なし	1 名		
○ 1～2 名	2 名		
○ 3 名以上	3 名		

左記のA2会員は、掛金区分の適用のために記入するものであり、この特約保険の被保険者になるものではありません。

保険期間	令和 令和	年 年	月 7月	1日 1日	から まで
			か月		間

都道府県医師会 連番記入欄				

※4 都道府県医師会が、日医へ送付する際に、右づめで連番を付してください。

内部処理欄	
1	
2	
3	
4	

日医医賠責特約保険 変更手続依頼書

日本医師会 御中

日本医師会の日医医賠責特約保険制度について、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、裏面記載の「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。

以下の該当項目を記入のうえ、該当の○印をなぞってください。

記入日 令和 年 月 日 変更日 令和 年 月 日

現在の 記名会員	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	A 1		A 2	
	氏名					TEL	()		FAX	()

※ A 2 会員とは、A2(B)会員及びA2(C)会員をいいます。

＜変更事由＞

該当の○印をなぞってください。

※ 所属都道府県医師会の真動については緑色の「手続要領」用紙を2セット使用し、「脱退」の手続と再「加入」の手続を行ってください。

記名会員欄	記名法人欄	補償対象の医療施設欄	病院等の常勤A 2 会員数欄
☐ 記名会員の内容変更	☐ 新規法人化	☐ 医療施設の追加	☐ 常勤A 2 会員の変更
☐ 記名会員の継承交代	☐ 記名法人の削除	☐ 医療施設の削除	☐ 常勤A 2 会員を全て削除
☐	☐ 記名法人の内容変更	☐ 医療施設の内容変更	

＜変更後の内容＞

変更項目のみご記入ください。

※変更項目欄の太枠内に、変更後の内容を全てご記入ください。

記名会員 (A 会員) 被保険者	所属郡市区 医師会名									
	医籍登録番号					日医の会員	A 1		A 2	
	フリガナ					性別	☐ 男	☐ 女	生年月日	年 月 日
	氏名									
	送付先					電話番号	()		FAX番号	()

記名法人 被保険者	フリガナ					記名会員 (A 会員) の 法人における地位	☐ 理事		☐ 管理者	
	法人名									
	所在地					電話番号	()		FAX番号	()

医療施設 (その1)	補償対象の 医療施設 の名称	フリガナ	医療施設 の種類	☐ 有床診療所 ☐ 無床診療所 ☐ 病室 ☐ 看護医療院 (19名以下) ☐ 看護医療院 (20名以上)	一般・療養病床数または 介護医療院定員数 (20名以上) 床・名 区間 分者	☐ 個人立 ☐ 法人立
	医療施設 (その2)	補償対象の 医療施設 の名称	フリガナ	医療施設 の種類	☐ 有床診療所 ☐ 無床診療所 ☐ 病室 ☐ 看護医療院 (19名以下) ☐ 看護医療院 (20名以上)	一般・療養病床数または 介護医療院定員数 (20名以上) 床・名 区間 分者

病院等の常勤A2会員数	A2会員数	医籍登録番号	氏名 (カナ文字で記入)
☐ 在籍なし	1 名		
☐ 1～2 名	2 名		
☐ 3 名以上	3 名		

内部処理欄	
1	4
2	5
3	6

都道府県医師会 連番記入欄

1 枚目:表紙、2 枚目:日本医師会本紙、3 枚目:保険会社提出用、4 枚目:都道府県医師会提出、5 枚目:郡市区医師会提出、6 枚目:本人提出

令和 4 年 3 月 1 日 (改)

2 枚目:日本医師会 本紙