



事 務 連 絡
令和6年7月23日

各医師会日医医賠償特約保険ご担当者 様

福 岡 県 医 師 会
(地 域 医 療 課)

日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退依頼書の作成について

日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退依頼書（以下、「依頼書」）の作成等につきましては、日頃より貴会の多大なご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

日医医賠償特約保険の加入・変更・脱退につきましては、これまで6連様式の依頼書（以下、「旧依頼様式」）に手書きでご記入いただいておりますが、本年7月から会員本人が日本医師会ホームページ上の「日医医賠償特約保険ポータルサイト（以下、「ポータルサイト」）」より依頼書の作成が可能になりましたのでお知らせいたします。

今後、依頼書は会員本人にポータルサイトより作成いただきますが、作成後は印刷された依頼書をこれまでどおり所属医師会へ送付いただくこととなっております。

つきましては、貴会会員より依頼書を受領後、毎月24日までに本会地域医療課医賠償係までお送りいただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 旧依頼様式は今後廃止される予定ですが、旧依頼様式にて作成された依頼書についても当面は受付を行う旨、日本医師会より連絡がっております。
- 2) 今後、本会から旧依頼様式の追加送付は行いません。
- 3) ポータルサイトの「依頼書作成フォーム」にログインするためには、日本医師会会員ID・パスワードが必要となります。入会手続き後まだ日本医師会会員ID・パスワードが発行されていない、もしくは会員IDを忘れた場合は、ポータルサイトから手書き依頼書（PDF）を印刷して作成することも可能です。
- 4) 依頼書の作成方法等の詳細につきましては、別添の「日医医賠償特約保険 加入・脱退・変更依頼書作成の手引」をご参照ください。

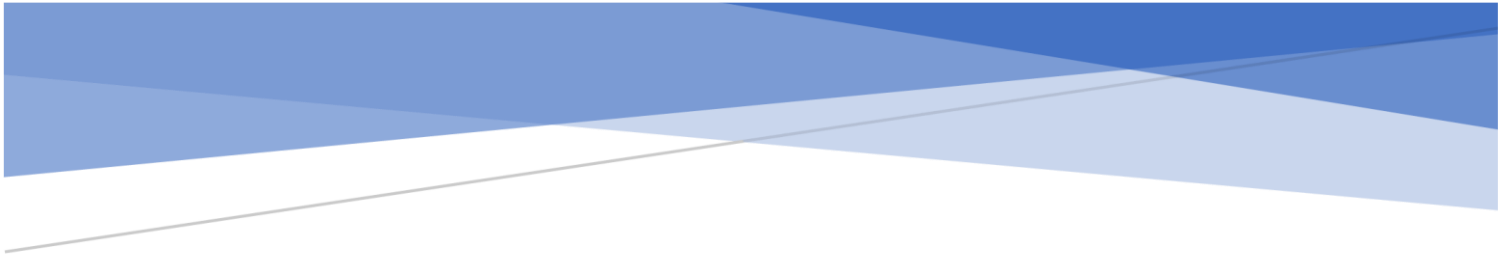
記

日医医賠償特約保険ポータルサイト：<https://www.med.or.jp/doctor/ibaiseki/>



小郡三井医師会より

医事調停担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎



日医医賠責特約保険

加入・脱退・変更依頼書作成の手引

2024 年 7 月以降用

要約

会員の皆様が日医医賠責特約保険に加入、脱退、変更手続を行うにあたって、依書書の作成方法についてまとめたものです。

日本医師会 医賠責対策課

V e r . 1

目次

I. 依頼書作成の流れ（加入・脱退・変更共通）	2
1. 日本医師会ホームページ（医師のみなさまへ）	2
2. 日医医賠責特約保険画面	2
3. 日医ホームページ（メンバーズルーム）	3
4. 依頼書作成の流れ	4
5. メンバーズルームにログインできない場合	5
II 加入手続き（新規加入・中途加入）	6
1. 共通	6
2. 記名会員情報	6
3. 記名法人情報	8
4. 補償対象医療施設	9
5. 個人情報の取扱いについて	11
6. 入力内容の確認	11
7. P D Fダウンロード	11
III 変更手続き	13
1. 共通	13
2. 現在の記名会員情報	13
3. 変更事由	14
4. 個人情報の取扱い	20
5. 入力内容の確認	20
6. P D Fダウンロード	20
IV. 脱退の手続き	22
1. 共通	22
2. 記名会員情報	22
3. 個人情報の取扱いについて	23
4. 入力内容の確認	23
5. P D Fダウンロード	24
V. 手書きによる依頼書作成	25
1. 手書き依頼書の入手	25
2. 依頼書の記入	26
3. 依頼書の送付	26
ご参考 手書き依頼書	27

I. 依頼書作成の流れ（加入・脱退・変更共通）

日本医師会ホームページ【医師の皆様へ】：【日本医師会医師賠償責任保険制度】：【日医医賠責特約保険】サイトを選択し、【加入・脱退・変更依頼書作成】画面を選択してください。

日本医師会ホームページ【メンバーズルーム】からもログインすることはできます。

「メンバーズルーム」から「メンバーズルームへログインする」を選択します。

日本医師会より会員に発行しているユーザー名、パスワードを入力します。

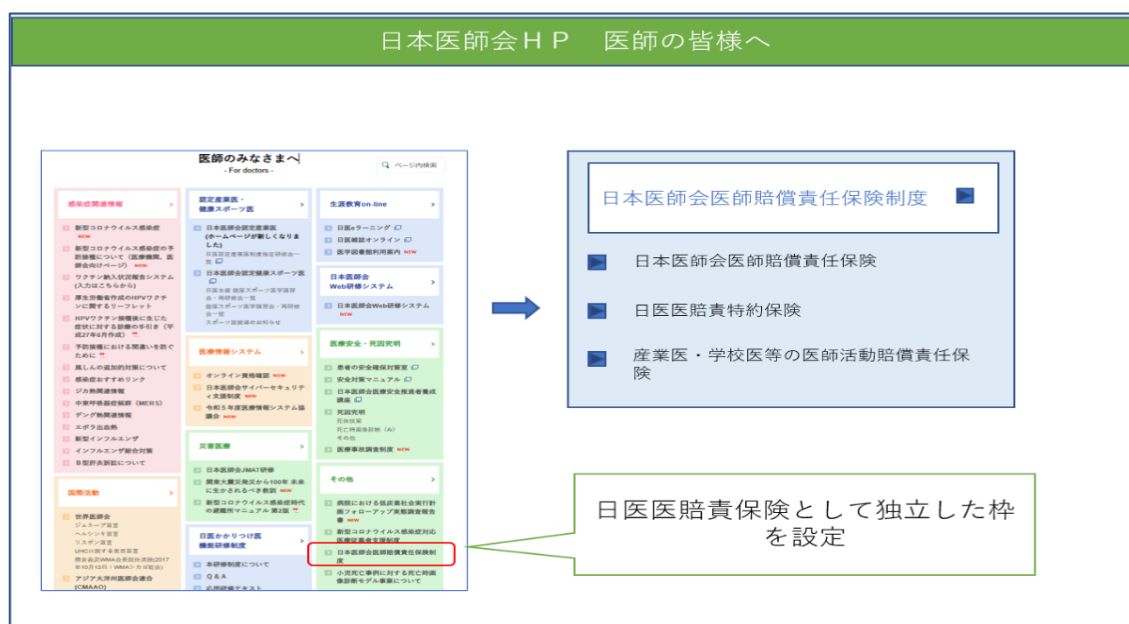
ユーザー名、パスワードが不明の場合は日本医師会情報システム課にお問い合わせください。

1. 日本医師会ホームページ（医師のみなさまへ）



日本医師会ホームページのトップにある「医師のみなさまへ」をクリックしてください。

コンテンツボックスの中に、「日本医師会医師賠償責任保険制度」のボックスがありますので、その中から「日医医賠責特約保険」をクリックしてください。



2. 日医医賠責特約保険画面

日医医賠責特約保険について項目ごとに説明をしています。それぞれのボックスをクリックすることで内容を確認することができます。

日医医賠責特約保険

日医医賠責特約保険の内容 	掛金とお支払い 	更新について
加入のお手続き (新規加入・中途加入) 	変更のお手続き (加入内容の変更) 	脱退のお手続き (中途脱退・更新停止・都道府 県医師会異動)
各種ご案内 	加入・脱退・変更 依頼書作成へ 	Q&A

お問い合わせは日本医師会（医賠責対策課）もしくはご所属の都道府県医師会まで
 日本医師会医賠責対策課 TEL03-3942-6136（平日9:30～17:30） ibaiseki@po.med.or.jp

「加入のお手続き」「変更のお手続き」「脱退のお手続き」「加入・脱退・変更依頼書作成へ」のそれぞれのサイトから「依頼書作成フォーム」へ移行することができます。

- ※ 「依頼書作成フォーム」へ移行するには、日本医師会より会員に発行しているユーザー名、パスワードが必要となります。ユーザー名、パスワードが不明の場合は日本医師会情報システム課にお問い合わせください。
- ※ 「依頼書作成フォーム」は、日本医師会会員のみログイン可能となっています。医療機関の職員等で移行できない場合は以下の「メンバーズルームへログインできない場合」をご参照ください。

3. 日医ホームページ（メンバーズルーム）

日医ホームページ（メンバーズルーム）から直接「依頼書作成フォーム」へ移行することもできます。

日本医師会
Japan Medical Association

[アクセス](#)
[日本医師会について](#)
[サイトマップ](#)

ホーム

国民のみなさまへ

医師のみなさまへ

メンバーズルーム

ホーム > メンバーズルームへのアクセス方法

メンバーズルームへ

メンバーズルームにログインする

日本医師会より会員に発行しているユーザー名、パスワードでメンバーズルームにログインしてください。

※ メンバーズルームは、日本医師会会員のみログイン可能となっています。医療機関の職員等でログインできない場合は「5. メンバーズルームへログインできない場合」をご参照ください。

トップバーにある「医師会活動」をクリックすると、「会員限定サービス」の各種ボックスが表示され、その中の「日本医師会医師賠償責任保険制度」をクリックして「依頼書作成」サイト移行することができます。

4. 依頼書作成の流れ

「加入」「脱退」「変更」依頼書の具体的な作成方法についてはⅡ章以下に記載しています。全体の流れは以下のとおりです。

- (1) 「依頼書作成フォーム」の「加入」「変更」「脱退」を選択します。
- (2) 画面に従って必要事項を入力します。
- (3) 「個人情報の取扱い」について同意して「入力内容の確認」をクリックします。
- (4) 入力内容が表示されますので、入力内容に間違いがなければ「確定」をクリックします。
- (5) 依頼書PDFをダウンロードして依頼書(PDF)を印刷します。
- (6) 依頼書(PDF)を所属都道府県医師会(医師会によっては所属の郡市区医師会)へ送付します。

5.メンバーズルームにログインできない場合

メンバーズルームは日本医師会会員のみログイン可能となっています。医療機関の職員等でメンバーズルームにログインできない場合は以下の方法で作成してください。

- (1) 日本医師会ホームページ「医師の皆様へ」から「日本医師会医師賠償責任保険制度・特約保険」を選択します。
- (2) 「加入のお手続き」「変更のお手続き」「脱退のお手続き」「加入・脱退・変更依頼作成へ」のサイトにある「手書きの依頼書はこちらから」をクリックして、「加入・脱退」「変更依頼書」PDFを印刷します。
- (3) 依頼書に必要事項を記入いただき所属都道府県医師会（医師会によっては所属の都市区医師会）へ送付してください。

Ⅱ 加入手続き（新規加入・中途加入）

日医医賠償特約保険の保険期間は毎年7月1日から翌年7月1日までとなっています。また、期の途中で加入することも可能です。「新規加入」は7月1日から、中途加入の場合は加入依頼書が日本医師会に到着した翌月1日付の加入となります。

1. 共通

依頼区分をお選びください

☒ 加入 ☐ 変更 ☐ 脱退

必須 依頼日

yyyy/mm/dd

任意 加入日

yyyy/mm/dd

クリア ※都道府県医師会記入

◆ **依頼日(必須)**：依頼書作成日を入力します。

◆ **加入日**：入力不要です（都道府県医師会で入力）。

※ 加入日は都道府県医師会の異動を除いて、原則として依頼書が都道府県医師会から日本医師会にて受付を行った翌月1日となります。

2. 記名会員情報

記名会員情報

☐ 都道府県医師会の異動に伴う加入

必須 医師会名

所属都道府県医師会名を選択

所属都市区医師会名を選択

その他詳細

※「その他」を選んだ方は、「その他詳細」欄に所属している都市区医師会名を全角で入力してください。

必須 医籍登録番号

※半角数字でご入力ください。

必須 日医の会員

☐ A1 ☐ A2

必須 氏名

姓

名

※全角でご入力ください。
※ミドルネームは、「名」の欄に、ご入力ください。
また、「氏名(漢字)」欄は、本人確認書類がアルファベット表記の場合は、アルファベット表記でご入力ください。

必須 カナ

セイ

メイ

※半角カナでご入力ください。
※ミドルネームは、「メイ」の欄に、ご入力ください。

必須 生年月日

年

月

日

- ◆ **医師会名(必須)**：所属都道府県医師会、所属郡市区医師会を選択します。
- ※ 「所属都道府県医師会を選択」をクリックすると、都道府県医師会名が表示されますので、所属の都道府県医師会を選択してください。次に「所属郡市区医師会を選択」をクリックすると、郡市区医師会が 50 音順に表示されます。所属の郡市区医師会を選択してください。新規に登録された医師会等で該当がない場合は「その他」を選択し、医師会名を入力してください。
- ◆ **医籍登録番号(必須)**：6桁の番号（医師資格証番号）を入力(半角数字)してください。
- ◆ **日医の会員(必須)**：日本医師会の A1 会員は「A1」を、A2B・A2C 会員は「A2」を選択してください。
- ◆ **氏名(必須)**：氏名(漢字：全角)を入力してください。
- ※ アルファベット表記の場合はアルファベット（全角）で入力してください。ミドルネームは名に入力してください。
- ※ 「姓」「名」それぞれ全角 15 文字以内となります。文字数制限を超える場合は 15 文字以内になるよう省略表記をお願いいたします。
- ※ 日本医師会会員情報に登録と異なる氏名（例 旧姓）での加入も可能です。
- ◆ **フリガナ(必須)**：氏名フリガナ（半角カナ）で入力してください。
- ※ 「姓」「名」それぞれ半角 20 文字以内となります。文字数制限を超える場合は 20 文字以内になるよう省略表記をお願いいたします。
- ◆ **生年月日(必須)**：西暦で入力してください。

必須 送付先

☐ ご自宅
☐ 医療機関
☐ その他

郵便番号 自動入力

※半角数字でご入力ください。

住所1

住所2

住所3

※住所1~3はすべて全角でご入力ください。
※送付先が医療機関の場合、住所3に医療機関名を記入してください。

必須 電話番号 - -

※半角数字でご入力ください。

任意 メールアドレス

※半角英数字記号でご入力ください。

- ◆ **送付先(必須)**：被保険者証や自動継続のご案内等の送付先になります。郵便番号を入力して「自動入力」をクリックすることで、一部住所の入力が省略できます。
- ※ 送付先は「ご自宅」、「医療機関」、「その他」を選択してください。
- ※ 住所入力欄は 1～3 と別れています。「住所 1」都道府県・市区町村、「住所 2」丁目・番地、「住所 3」建物等を入力（全角）してください。
- ※ 「医療機関」、「その他」（法人事務所等）を送付先とする場合には「住所 3」に医療機関名等を入力してください。（宛名は会員個人名となり、個人情報保護の関係から送付先

に医療機関名がないとあて先不明で返送されるケースが増えており、自宅以外を送付先とする場合には医療機関名等の入力をお願いいたします。)

※ 「住所1」15文字、「住所2」25文字、「住所3」25文字以内となります(全角)。文字数制限を超える場合は制限文字数以内になるよう省略表記をお願いいたします。

◆ **電話番号(必須)**：固定・携帯いずれかの番号を入力(半角数字)してください。

◆ **メールアドレス(任意)**：入力は任意です。

3. 記名法人情報

開設者が法人である医療機関を補償対象医療施設とする場合には、法人を補償対象(被保険者)とすることが必要となります。

なお、記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者である病院・診療所・介護医療施設を開設する法人に限ります。

記名法人情報

☐ 法人を補償対象(被保険者)とする

※記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者となっている病院・診療所・介護医療施設を開設する法人に限ります。

◆ 法人を補償対象(被保険者)とする場合は「☐ 法人を補償対象(被保険者)とする」をクリックしてください。記名法人情報入力欄が表示されます。

記名法人情報

☒ 法人を補償対象(被保険者)とする

※記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者となっている病院・診療所・介護医療施設を開設する法人に限ります。

必須

法人名

※全角でご入力ください。

必須

フリガナ

※半角カナでご入力ください。

必須

記名会員(日医A会員)の法人における地位

☐ 理事 ☐ 管理者

必須

所在地

郵便番号

自動入力

※半角数字でご入力ください。

住所1

都道府県 市区町村

住所2

丁目 番地

住所3

建物名

※住所1-3はすべて全角でご入力ください。

必須

電話番号

-

-

- ◆ **法人名(必須)**：法人名を入力（全角）してください。50 文字を超える場合は省略表記をお願いします。（例 医療法人社団→（医））
 - ◆ **フリガナ(必須)**：フリガナを入力（半角カナ）してください。100 文字を超える場合は省略表記をお願いします。（例 リョウホクジンシャダクン→イ））
 - ◆ **記名会員（A 会員）の法人における地位(必須)**：記名会員（日医 A 会員）が法人の理事である場合は「理事」、管理者である場合は「管理者」、両方である場合は「理事」「管理者」を選択してください。
 - ◆ **所在地（必須）**：郵便番号を入力して「自動入力」をクリックすることで、一部住所の入力が省略できます。
- ※ 住所入力欄は 1～3 と別れています。「住所 1」都道府県・市区町村、「住所 2」丁目・番地、「住所 3」建物等を入力（全角）してください。
- ※ 「住所 1」15 文字、「住所 2」25 文字、「住所 3」25 文字以内となります（全角）。文字数制限を超える場合は制限文字数以内になるよう省略表記をお願いいたします。
- ◆ **電話番号（必須）**：固定・携帯いずれかの番号を入力（半角数字）してください。

記名会員が理事もしくは管理者であっても個人として加入することはできます（例 法人は別に保険加入している、100 床以上の病院で補償対象とすることはできないため個人で加入）。その場合には空白としてください。

4. 補償対象医療施設

補償対象医療施設	
☐ なし	☐ あり

開設者・管理者の日医 A 会員が、医療施設を補償対象とする場合には、「補償対象医療施設」：ありを選択してください。補償対象医療施設入力欄が表示されます。

- ※ 法人を補償対象とした場合には、必ず補償対象医療施設「あり」を選択してください。個人として加入する場合は「なし」を選択してください。

補償対象医療施設	
☐ なし	☒ あり
必須 補償対象の医療施設数 施設 ※半角数字でご入力ください。	

- ◆ **補償対象の医療施設数(必須)**：補償対象医療施設の数を入力してください。

- ◆ **医療施設の名称(必須)**：医療施設の名称を入力してください（全角 51 文字以内）
 - ※ 51 文字を超える場合は、一部省略した名称を入力してください。（例）医療法人社団→医）
- ◆ **医療施設の種類(必須)**：「診療所」、「病院」、「介護医療院（19 名以下）」、「介護医療院（20 名以上）」を選択してください。「病院」の場合は一般病床数、精神病床数を、「介護医療院（20 名以上）」の場合は定員数を入力してください。
 - ※ 病床数は許可病床数となります。
 - ※ 補償対象となる医療施設は、診療所、個人立の病院や介護医療院、99 床以下の法人立病院・定員 99 名以下の法人立介護医療院です。それ以外の施設は補償対象の医療施設とすることはできません。
 - ※ 以下の医療施設は補償対象とはなりません。
 - ①病院における結核病床、感染症病床②精神病床（ただし、一般病床を主として有する病院の中の精神病床は対象となります）③介護老人保健施設④国、独立行政法人、国立大学法人、社会保険関係、会社が開設する医療機関及び介護医療院
- ◆ **開設者区分(必須)**：「個人立」「法人立」いずれかを選択してください。
- ◆ **複数の医療機関を補償対象とする場合**：「+追加」をクリックすると、次の補償対象施設の入力情報欄が表示されます。入力内容を削除したい場合は、「クリア」をクリックしてください。
 - ※ Web 上では補償対象とする医療施設のすべてを入力することは可能ですが、印刷される依頼書では 1 枚に表示される医療施設が 3 医療施設となるため、4 以上の場合は複数枚作成されます。なお、被保険者証は 8 施設までの表示となるので、9 以上の場合は複数通郵送されます。

5. 個人情報の取扱いについて

個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いについてをご確認後、下記のチェックを入れてください。

必須 同意の確認 ☐ 同意する

- ◆ **同意の確認（必須）**：「[個人情報の取り扱いについて](#)」をクリックして、内容をご確認いただき「同意する」をクリックしてください。

6. 入力内容の確認

[入力内容の確認](#)をクリックすると、「入力内容確認」画面が表示されますので、入力した内容に誤りがないか確認してください。

依頼書作成フォーム

情報入力 入力内容確認 PDFダウンロード

入力はまだ完了していません
入力内容をご確認の上、ページ下部の確定するボタンを押してください

内容に誤りがあれば、[戻る](#)をクリックして、情報入力画面から訂正をしてください。内容に問題がなければ、[確定する](#)をクリックしてください。

7. PDFダウンロード

依頼書作成フォーム

情報入力 入力内容確認 PDFダウンロード

加入依頼書（PDF）作成が完了しましたが、お申込みはまだ完了していません。

下記ボタンをクリックし、
加入依頼書（PDF）をダウンロードし印刷の上、
所属の都道府県医師会へご提出ください。
（一部地域によっては郡市区医師会）

※各都道府県医師会ごとの提出先は、
[依頼書提出先一覧（日本医師会ホームページ）](#)をご確認ください。

[加入依頼書（PDF）ダウンロード](#)

- ◆ [加入依頼書（PDF）ダウンロード](#)をクリックして、加入依頼書を印刷してください。

- ◆ 印刷した依頼書を所属の都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）へご提出ください。
- ※ [依頼書提出先（日本医師会ホームページ）](#) をクリックすると、所属医師会の提出先（都道府県医師会 or 郡市区医師会）を確認することができます。

【ご注意】

加入依頼書（PDF）ダウンロードだけでは、依頼が完了していませんので必ず所属都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）にご提出ください。

Ⅲ 変更手続き

現在の加入内容に変更が生じた場合には速やかに変更手続きをお願いします。

各都道府県医師会（郡市区医師会）に日本医師会の会員情報の変更手続きを行った場合でも、日医医賠責特約保険は別途変更手続きが必要となります。

1. 共通

依頼区分をお選びください

☐ 加入

☒ 変更

☐ 脱退

必須 依頼日

yyyy/mm/dd

必須 変更日

yyyy/mm/dd

◆ **依頼日(必須)**：依頼書作成日を入力します。

◆ **変更日(必須)**：変更日を入力します。

事由の発生した日付を入力してください。ただし、継続加入の場合は保険開始となる7月1日より前、中途加入の場合は中途加入日より前の日付での変更はできません。病院や介護医療院（定員20名以上）で病床数や定員数が変更となる場合は、変更許可日を入力してください。

2. 現在の記名会員情報

現在の記名会員情報

必須 医師会名

所属都道府県医師会名を選択

所属郡市区医師会名を選択

その他詳細

※「その他」を選んだ方は、「その他詳細」欄に所属している郡市区医師会名を全角で入力してください。

必須 医籍登録番号

※半角数字でご入力ください。

必須 日医の会員

☐ A1 ☐ A2

必須 氏名

姓 名

※全角でご入力ください。
※ミドルネームは、「名」の欄に、ご入力ください。
また、「氏名（漢字）」欄は、本人確認書類がアルファベット表記の場合は、アルファベット表記でご入力ください。

必須 フリガナ

セイ メイ

※半角カナでご入力ください。
※ミドルネームは、「メイ」の欄に、ご入力ください。

必須 電話番号

- -

※半角数字でご入力ください。

任意 メールアドレス

※半角英数字記号でご入力ください。

- ◆ **医師会名(必須)**：所属都道府県医師会、所属郡市区医師会を選択します。
- ※ 郡市区医師会は 50 音順となっています。新規に登録された医師会等で該当がない場合は「その他」を選択し、医師会名を入力してください。
- ◆ **医籍登録番号(必須)**：6桁の番号（医師資格証番号）を入力してください。
- ◆ **日医の会員(必須)**：日本医師会の A1 会員は「A1」を、A2B・A2C 会員は「A2」を選択してください（加入時の会員）
- ◆ **氏名(必須)**：加入時の氏名（漢字・全角）を入力してください。
- ◆ **フリガナ(必須)**：氏名フリガナ（半角カナ）で入力してください。
- ◆ **電話番号(必須)**：電話番号を入力してください。
- ※ 現在ご使用の電話番号を入力してください。
- ◆ **メールアドレス**：入力は任意です。

3. 変更事由

変更事由 変更項目にチェックを入力してください（複数可）	
記名会員欄	☐ 記名会員の内容変更 ☐ 記名会員の継承交代
記名法人欄	☐ 新規法人化 ☐ 記名法人の削除 ☐ 記名法人の内容変更
補償対象の医療施設欄	☐ 医療施設の追加 ☐ 医療施設の削除 ☐ 医療施設の内容変更

変更となる項目を選択してください（複数選択可）。選択項目に応じた入力情報欄が表示されます。

➤ 記名会員の内容変更

現在加入している会員の改姓、会員区分、送付先の変更等、内容に変更がある場合に選択すると記名会員情報欄が表示されますので、変更内容の入力を行います。

記名会員情報	
医師会名	所属都道府県医師会名を選択 所属郡市区医師会名を選択 その他詳細 ※「その他」を選んだ方は、「その他詳細」欄に所属している郡市区医師会名を全角で入力してください。
医籍登録番号	※半角数字でご入力ください。
日医の会員	☐ A1 ☐ A2
氏名	姓 名 ※全角でご入力ください。 ※ミドルネームは、「名」の欄に、ご入力ください。 また、「氏名（漢字）」欄は、本人確認書類がアルファベット表記の場合は、アルファベット表記でご入力ください。
フリガナ	セイ メイ ※半角カナでご入力ください。 ※ミドルネームは、「メイ」の欄に、ご入力ください。

生年月日 年 月 日

送付先 ☐ ご自宅 ☐ 医療機関 ☐ その他

郵便番号

※半角数字でご入力ください。

住所1 都道府県 市区町村

住所2 地名 番地

住所3 建物名

※住所1～3はすべて全角でご入力ください。
※送付先が医療機関の場合、住所3に医療機関名を記入してください。

電話番号 - -

※半角数字でご入力ください。

メールアドレス

※半角英数字記号でご入力ください。

※ 全てを入力する必要はありません。変更項目のみ入力してください。

◆ **医師会名**：変更後の所属都市区医師会を選択します。

※ 都市区医師会は 50 音順となっています。新規に登録された医師会等で該当がない場合は「その他」を選択し、医師会名を入力してください。

※ 所属都道府県医師会を変更する場合は、変更の手続きはできません。変更前の都道府県医師会の脱退と変更後の都道府県医師会の加入が必要となります。

◆ **医籍登録番号**：変更後の医籍登録番号を 6 桁の番号（医師資格証番号）を入力してください。

◆ **日医の会員**：変更後の日本医師会の A1 会員は「A1」を、A2B・A2C 会員は「A2」を選択してください。

◆ **氏名**：変更後の氏名（漢字・全角）を入力してください。

◆ **フリガナ**：変更後の氏名フリガナ（半角カナ）で入力してください。

◆ **送付先**：変更後の送付先を入力してください。

※ 被保険者証や自動継続のご案内等の送付先になります。郵便番号を入力して「自動入力」をクリックすることで、一部住所の入力が省略できます。

※ 送付先は「ご自宅」、「医療機関」、「その他」を選択してください。

※ 住所入力欄は 1～3 と別れています。「住所 1」都道府県・市区町村、「住所 2」丁目・番地、「住所 3」建物等を入力（全角）してください。

※ 「医療機関」、「その他」（法人事務所等）を送付先とする場合には「住所 3」に医療機関名等を入力してください。（宛名は会員個人名となり、個人情報保護の関係から送付先に医療機関名がないとあて先不明で返送されるケースが増えており、自宅以外を送付先とする場合には医療機関名等の入力をお願いいたします。）

※ 「住所 1」15 文字、「住所 2」25 文字、「住所 3」25 文字以内となります（全角）。文字数制限を超える場合は制限文字数以内になるよう省略表記をお願いいたします。

◆ **電話番号**：変更後の電話番号を入力してください。

- ◆ **メールアドレス**：入力任意です。

➤ **記名会員の継承交代**

開設者や管理者の交代に伴い、新たな会員へ継承交代手続きを行うことにより、日医医賠償特約保険の補償を新たな会員に引継ぐことができます。選択すると記名会員情報欄が表示されますので、継承先の会員情報の入力を行います。

- ※ 継承先の会員は日本医師会のA会員（A1、A2）である必要があります。
- ※ 継承交代により旧加入会員は特約保険から脱退することになり、特約保険の補償が無くなります。
- ※ 継承先の会員の所属都道府県医師会と継承前の会員の所属都道府県医師会が異なる場合は **都道府県医師会を異動する** をクリックして所属都道府県医師会・都市区医師会を選択してください。

記名会員情報

☐ 都道府県医師会を異動する

医師会名

所属都市区医師会名を選択
その他詳細

※「その他」を選んだ方は、「その他詳細」欄に所属している都市区医師会名を全角で入力してください。

医籍登録番号

※半角数字でご入力ください。

日医の会員

☐ A1 ☐ A2

氏名

姓
名

※全角でご入力ください。
※ミドルネームは、「名」の欄に、ご入力ください。
また、「氏名（漢字）」欄は、本人確認書類がアルファベット表記の場合は、アルファベット表記でご入力ください。

フリガナ

セイ
メイ

※半角カナでご入力ください。
※ミドルネームは、「メイ」の欄に、ご入力ください。

生年月日

年
月
日

送付先

☐ ご自宅 ☐ 医療機関 ☐ その他

郵便番号
自動入力

※半角数字でご入力ください。

住所1
都道府県 市区町村

住所2
地名 番地

住所3
建物名

※住所1-3はすべて全角でご入力ください。
※送付先が医療機関の場合、住所3に医療機関名を記入してください。

電話番号

※半角数字でご入力ください。

メールアドレス

※半角英数字記号でご入力ください。

- ◆ **医師会名（必須）**：継承先会員の所属都市区医師会を選択します。
- ※ 都市区医師会は50音順となっています。新規に登録された医師会等で該当がない場合は「その他」を選択し、医師会名を入力してください。
- ◆ **医籍登録番号（必須）**：継承先会員の医籍登録番号を6桁の番号（医師資格証番号）を入力してください。
- ◆ **日医の会員（必須）**：継承先会員の日本医師会のA1会員は「A1」を、A2B・A2C会員は「A2」を選択してください。
- ◆ **氏名（必須）**：継承先会員の氏名（漢字・全角）を入力してください。
- ◆ **フリガナ（必須）**：継承先会員の氏名フリガナ（半角カナ）で入力してください。

- ◆ **送付先**：現在の会員送付先と異なる場合には入力してください（同じ場合は入力不要です）。入力上の注意点については、「記名会員の内容変更」をご覧ください。
- ◆ **電話番号**：変更がある場合は、電話番号を入力してください。
- ◆ **メールアドレス**：入力は任意です。

➤ **新規法人化**

開設者が個人から法人に変更となった場合や、個人加入から医療法人等を設立し開業した場合にはチェックして、必要事項の入力を行います。

- ※ 「新規法人化」を選択した場合には、「医療施設の追加」もしくは「医療施設の内容変更」（個人立→法人立）も選択してください。

記名法人情報

法人名

※全角でご入力ください。

フリガナ

※半角カナでご入力ください。

記名会員（日医A会員）の法人における地位

☐ 理事
☐ 管理者

所在地

郵便番号

自動入力

※半角数字でご入力ください。

住所1

都道府県 市区町村

住所2

丁目 番地

住所3

建物名

※住所1-3はすべて全角でご入力ください。

電話番号

-

-

※半角数字でご入力ください。

- ◆ **法人名(必須)**：法人名を入力（全角）してください。50文字を超える場合は省略表記をお願いします。（例 医療法人社団→（医））
- ◆ **フリガナ(必須)**：フリガナを入力（半角カナ）してください。100文字を超える場合は省略表記をお願いします。（例 リョウウキゲンシャダツン→イ））
- ◆ **記名会員（A会員）の法人における地位(必須)**：記名会員（A会員）が法人の理事である場合は「理事」、管理者である場合は「管理者」、両方である場合は「理事」「管理者」を選択してください。
- ◆ **所在地(必須)**：郵便番号を入力して「自動入力」をクリックすることで、一部住所の入力が省略できます。
- ※ 住所入力欄は1～3と別れています。「住所1」都道府県・市区町村、「住所2」丁目・番地、「住所3」建物等を入力（全角）してください。
- ※ 「住所1」15文字、「住所2」25文字、「住所3」25文字以内となります（全角）。文字数制限を超える場合は制限文字数以内になるよう省略表記をお願いいたします。

- ◆ **電話番号（必須）**：固定・携帯いずれかの番号を入力（半角数字）してください。

➤ **記名法人の削除**

開設者が法人から個人に変更となった場合や、法人立の医療機関を閉院し個人加入となった場合はチェックして、必要事項の入力を行います。

- ※ 「記名法人の削除」を選択した場合には、「医療施設の削除」もしくは「医療施設の内容変更」（法人立→個人立）も選択してください。

➤ **記名法人の内容変更**

法人名の変更、加入会員の法人における地位の変更（理事⇔管理者）、法人所在地、電話番号変更の場合にチェックして、必要事項の入力を行います。

記名法人情報

法人名

※全角でご入力ください。

フリガナ

※半角カナでご入力ください。

記名会員（日医A会員）の法人における地位

☐ 理事 ☐ 管理者

所在地

郵便番号

自動入力

※半角数字でご入力ください。

住所1

都道府県 市区町村

住所2

丁目 番地

住所3

建物名

※住所1~3はすべて全角でご入力ください。

電話番号

-

-

※半角数字でご入力ください。

- ※ 変更項目のみの入力してください。
- ※ 入力上の注意点は「新規法人化」と同じです。

➤ **医療施設の追加**

補償対象の医療施設を追加する場合にはチェックして、必要事項の入力を行います。

補償対象医療施設

補償対象の医療施設数

施設

※半角数字でご入力ください。
※変更後の補償対象施設数をご入力ください。

- ◆ **補償対象の医療施設数（必須）**：変更後の補償対象施設数を入力（半角数字）してください。

◆ **変更内容(必須)**：「追加」「削除」「変更」を選択してください。

※ 補償対象施設ごとに入力してください。

(例) 現在 A・B の 2 医療施設があり、B を削除し新たに C を追加する場合、B の「削除」と C の「追加」を入力します。

◆ **医療施設の名称(必須)**：追加・削除・変更のある医療施設の名称を入力してください。

※ 51 文字を超える場合は、一部省略した名称を入力してください。(例) 医療法人社団→医)

◆ **医療施設の種類(必須)**：「診療所」、「病院」、「介護医療院(19 名以下)」、「介護医療院(20 名以上)」を選択してください。「病院」の場合は一般病床数、精神病床数を、「介護医療院(20 名以上)」の場合は定員数を入力してください。

※ 病床数は許可病床数となります。

※ 補償対象となる医療施設は、診療所、個人立の病院や介護医療院、99 床以下の法人立病院・定員 99 名以下の法人立介護医療院です。それ以外の施設は補償対象の医療施設とすることはできません。

※ 以下の医療施設は補償対象とはなりません。

①病院における結核病床、感染症病床②精神病床(ただし、一般病床を主として有する病院の中の精神病床は対象となります)③介護老人保健施設④国、独立行政法人、国立大学法人、社会保険関係、会社が開設する医療機関及び介護医療院

◆ **開設者区分(必須)**：「個人立」「法人立」いずれかを選択してください。

◆ **複数の医療施設を入力する場合**：「+ 追加」をクリックすると、次の補償対象施設の入力情報が表示されます。

➤ 医療施設の削除

補償対象の医療施設を削除する場合にはチェックして、削除する医療施設の内容の入力を行います。

※ 入力上の注意点は「医療施設の追加」を同じです。

➤ 医療施設の内容変更

現在加入している補償対象医療施設の名称変更や開設者区分の変更、病院や介護医療院（定員 20 名以上）で病床数、定員数が変更となった場合にチェックして、変更する医療施設の内容の入力を行います。

4. 個人情報の取扱い

同意の確認（必須）：「個人情報の取り扱いについて」をクリックして、内容をご確認いただき「同意する」をクリックしてください。

5. 入力内容の確認

入力内容の確認をクリックすると、「入力内容確認」画面が表示されますので、入力した内容に誤りがないか確認してください。

内容に誤りがあれば、**戻る**をクリックして、情報入力画面から訂正をしてください。内容に問題がなければ、**確定する**をクリックしてください。

6. PDFダウンロード

- ◆ **加入依頼書（PDF）ダウンロード**をクリックして、加入依頼書を印刷してください。
- ◆ 印刷した依頼書を所属の都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）へご提出ください。
- ※ **依頼書提出先（日本医師会ホームページ）**をクリックすると、所属医師会の提出先（都道府県医師会 or 郡市区医師会）を確認することができます。

【ご注意】

加入依頼書（PDF）ダウンロードだけでは、依頼が完了していませんので必ず所属都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）にご提出ください。

依頼書作成フォーム

情報入力 入力内容確認 PDFダウンロード

加入依頼書（PDF）作成が完了しましたが、
お申込みはまだ完了していません。

下記ボタンをクリックし、
加入依頼書（PDF）をダウンロードし印刷の上、
所属の都道府県医師会へご提出ください。
（一部地域によっては郡市区医師会）

※各都道府県医師会ごとの提出先は、
[依頼書提出先一覧（日本医師会ホームページ）](#)をご確認ください。

加入依頼書（PDF）ダウンロード ↓

IV. 脱退の手続き

1. 共通

依頼区分をお選びください

☐ 加入 ☐ 変更 ☒ 脱退

必須 依頼日

任意 脱退日 ※都道府県医師会記入

- ◆ **依頼日(必須)**：依頼書作成日を入力します。
- ◆ **脱退日(任意)**
 - ※ 会員の死亡や日本医師会退会、B・C会員に日本医師会の会員区分を変更した場合は、事由発生日が1日の場合は事由発生日の1日、1日以外の場合は事由発生日の翌月1日が脱退日となります。
 - ※ 任意脱退の場合は、依頼日の翌月1日となります。
 - ※ 脱退日以降に損害賠償請求が行われた場合には補償対象とならないことがありますのでご注意ください。

2. 記名会員情報

☐ 都道府県医師会の異動に伴う脱退

必須 医師会名

※「その他」を選んだ方は、「その他詳細」欄に所属している市区医師会名を全角で入力してください。

必須 医籍登録番号

※半角数字でご入力ください。

必須 氏名 姓 名

※全角でご入力ください。
※ミドルネームは、「名」の欄に、ご入力ください。
また、「氏名(漢字)」欄は、本人確認書類がアルファベット表記の場合は、アルファベット表記でご入力ください。

必須 フリガナ セイ メイ

※半角カナでご入力ください。
※ミドルネームは、「メイ」の欄に、ご入力ください。

- ◆ **都道府県医師会の異動に伴う脱退**：日医医賠責特約保険の既加入者が都道府県医師会を変更する場合は、現在の都道府県医師会の「脱退」と新しい都道府県医師会の「加入」依頼書が必要となります。「脱退」の依頼書を作成する場合は、「都道府県医師会の異動に伴う脱退」を選択してください。

- ◆ **医師会名(必須)**：現在の所属都道府県医師会、所属市区医師会を選択します。
- ※ 「所属都道府県医師会を選択」をクリックすると、都道府県医師会名が表示されますので、所属の都道府県医師会を選択してください。次に「所属市区医師会を選択」をクリックすると、市区医師会が 50 音順に表示されます。所属の市区医師会を選択してください。新規に登録された医師会等で該当がない場合は「その他」を選択し、医師会名を入力してください。
- ◆ **医籍登録番号(必須)**：6 桁の番号（医師資格証番号）を入力(半角数字)してください。
- ◆ **日医の会員(必須)**：日本医師会の A1 会員は「A1」を、A2B・A2C 会員は「A2」を選択してください。
- ◆ **氏名(必須)**：氏名(漢字：全角)を入力してください。
- ※ アルファベット表記の場合はアルファベット（全角）で入力してください。ミドルネームは名に入力してください。
- ※ 「姓」「名」それぞれ全角 15 文字以内となります。文字数制限を超える場合は 15 文字以内になるよう省略表記をお願いいたします。
- ※ 日本医師会会員情報に登録と異なる氏名（例 旧姓）での加入も可能です。
- ◆ **フリガナ(必須)**：氏名フリガナ（半角カナ）で入力してください。
- ※ 「姓」「名」それぞれ半角 20 文字以内となります。文字数制限を超える場合は 20 文字以内になるよう省略表記をお願いいたします。

3. 個人情報の取扱いについて

個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いについてをご確認後、下記のチェックを入れてください。

必須
同意の確認
☐ 同意する

同意の確認（必須）：「個人情報の取り扱いについて」をクリックして、内容をご確認いただき「同意する」をクリックしてください。

4. 入力内容の確認

入力内容の確認をクリックすると、「入力内容確認」画面が表示されますので、入力した内容に誤りがないか確認してください。

依頼書作成フォーム

情報入力
入力内容確認
PDFダウンロード

入力はまだ完了していません
 入力内容をご確認の上、ページ下部の確定するボタンを押してください

内容に誤りがあれば、[戻る](#)をクリックして、情報入力画面から訂正をしてください。内容に問題がなければ、[確定する](#)をクリックしてください。

5. PDFダウンロード

依頼書作成フォーム

情報入力 入力内容確認 **PDFダウンロード**

加入依頼書（PDF）作成が完了しましたが、
お申込みはまだ完了していません。

下記ボタンをクリックし、
加入依頼書（PDF）をダウンロードし印刷の上、
所属の都道府県医師会へご提出ください。
（一部地域によっては郡市区医師会）

※各都道府県医師会ごとの提出先は、
[依頼書提出先一覧（日本医師会ホームページ）](#)をご確認ください。

加入依頼書（PDF）ダウンロード

- ◆ [加入依頼書（PDF）ダウンロード](#)をクリックして、加入依頼書を印刷してください。
- ◆ 印刷した依頼書を所属の都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）へご提出ください。
- ※ [依頼書提出先（日本医師会ホームページ）](#)をクリックすると、所属医師会の提出先（都道府県医師会 or 郡市区医師会）を確認することができます。

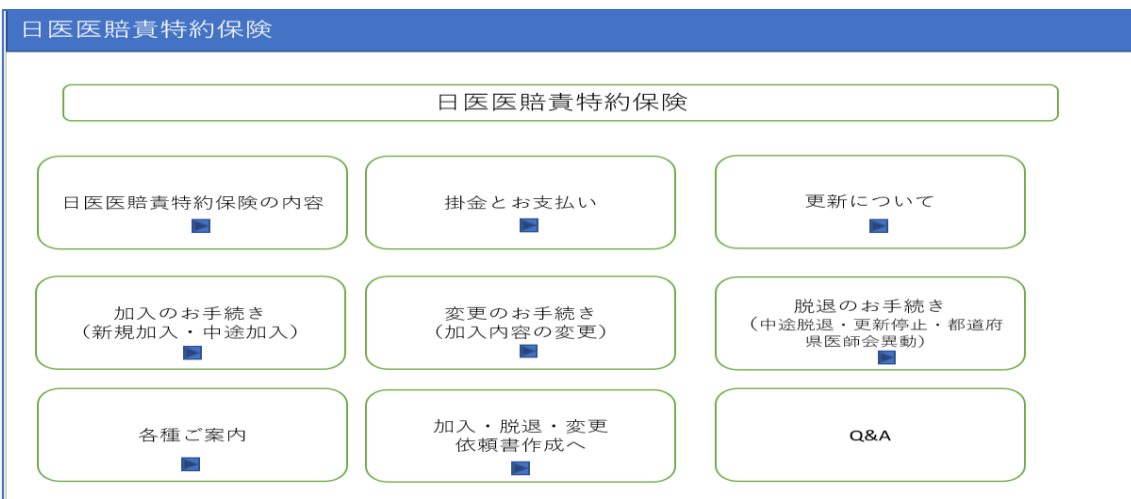
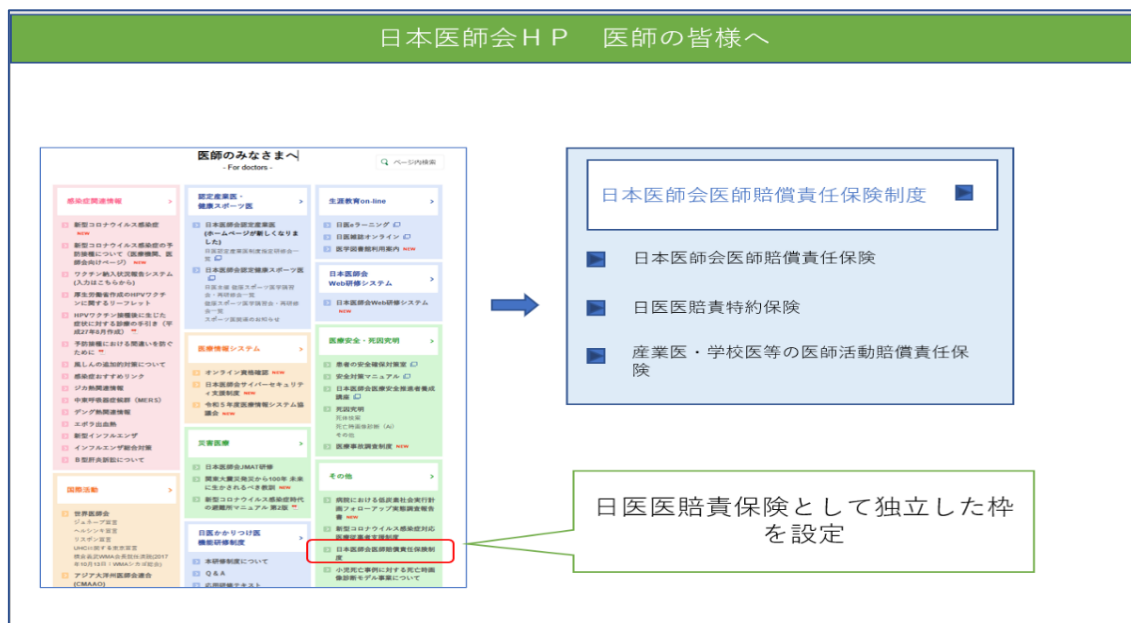
V. 手書きによる依頼書作成

日医医賠責特約保険の加入・脱退・変更の依頼書はWeb入力によって作成できますが、手書きの依頼書による手続きも可能です。

1. 手書き依頼書の入手



日本医師会ホームページのトップにある「医師のみなさまへ」をクリックしてください。コンテンツボックスの中に、「日本医師会医師賠償責任保険制度」のボックスがありますので、その中から「日医医賠責特約保険」をクリックしてください。



「加入のお手続き」「変更のお手続き」「脱退のお手続き」「加入・脱退・変更依頼書作成へ」のそれぞれのサイトから「手書きの依頼書はこちらから」をクリックして手書き依頼書（PDF）を印刷してください。

※ 「加入・脱退依頼書」、「変更依頼書」は「3. ご参考 依頼書PDF」をご覧ください。

依頼書作成サイトへ
日本医師会メンバーズルームからのお手続きになります。
日本医師会会員ID・パスワードの入力が必要となります

手書きの依頼書はこちらから ■

2. 依頼書の記入

依頼書PDFを印刷すると、1枚目「日医医賠償特約保険 加入・脱退手続のご案内」「日医医賠償特約保険 変更手続のご案内」に記入上の注意点、2枚目に記入例を記載していますので、参考いただき3枚目「依頼書」に記入してください。

※ 具体的な記入内容については、Web入力の場合と基本的には同じです。Ⅱ加入手続き、Ⅲ変更手続き、Ⅳ脱退手続きの項を参照ください。

3. 依頼書の送付

※ 作成した依頼書は、所属都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）に送付してください。

※ 日医ホームページ：医師のみなさまへ：日医医賠償特約保険：各種ご案内のサイトにある[依頼書提出先（日本医師会ホームページ）](#)をクリックすると、所属医師会の提出先（都道府県医師会 or 郡市区医師会）を確認することができます。

※ 控えが必要な場合は、お手数ですがコピーをお願いいたします。

ご参考 手書き依頼書

手書き 加入・脱退手続依頼書（PDF）①

日医医賠責特約保険 加入・脱退手続のご案内

加入手続

1. 加入の受付時期

- (1) 保険の開始日は7月1日であり、5月中旬までに手続を行うのが原則となります。
- (2) 中途加入については、毎月中旬までの手続により翌月1日からの加入となります。

2. 加入依頼書記入について

- (1) 「依頼日」「記名会員（日医 A 会員）」の各欄を記入し、法人を補償対象とする場合には「記名法人」欄を、開設者・管理者で医療施設を補償対象とする場合には「補償対象の医療施設」欄を記入してください。
- (2) 記入後、本紙を都道府県医師会（一部地域によっては都市区医師会）の担当窓口へ提出してください。控えが必要な場合はコピーをお願いいたします。

3. 記入上の注意点

- (1) 加入日は、原則として都道府県医師会で受付を行った翌月1日からとなります。
- (2) 記名会員の送付先
被保険者証や継続案内の送付先となります。自宅・医療施設・その他を選択し、送付先を記入してください。自宅以外を選択する場合は医療施設名や法人名の記入をお願いいたします。
- (3) 記名法人
記名会員が理事もしくは管理者となっている病院・診療所・介護医療院を開設する法人を補償対象とする場合は「する」に○をして法人名、所在地、電話番号、法人における地位を記入してください。
- (4) 補償対象施設
・補償対象施設の「あり・なし」を選択して、「あり」の場合には補償対象施設数を記入してください。
・補償対象施設が4以上の場合には、新たな依頼書を使用してください。
・医療施設の名称・医療施設の種別・病院や介護医療院（定員20名以上）の場合は「病床数・定員数」・「開設者区分」を記入してください。
・補償対象となる医療施設は、診療所・個人立の病院や介護医療院・99床以下の法人立病院・定員99名以下の法人立介護医療院です。それ以外の施設は補償対象の医療施設とすることはできません。

4. 掛金

① 診療所・介護医療院（19名以下）	20,000円
② A2会員	20,000円
③ 病院・介護医療院（20名以上）	12,400円 × 一般・療養病床の許可病床数 または定員数 - 40,000円

脱退および都道府県医師会異動手続

1. 脱退依頼書記入について

- (1) 脱退に○を記入し、「依頼日」「所属都道府県医師会」「医籍登録番号」「氏名」を記入してください。
- (2) 記入後、本紙を都道府県医師会（一部地域によっては都市区医師会）の担当窓口へ提出してください。控えが必要な場合は、コピーをお願いいたします。
- (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都市区医師会）を通じてお支払いします。

2. 記入上の注意点

- (1) 脱退日は、退会や日医 B 会員に変更の場合は事由発生日の翌月1日、任意脱退の場合は原則として依頼日の翌月1日となります。
- (2) 所属の都道府県医師会を変更する場合には、所属都道府県医師会の異動を「する」に○を記入し、脱退手続と同時に新所属都道府県医師会への加入手続を行ってください（脱退依頼書と加入依頼書が必要となります）。

3. 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制度ハンドブック」もしくは日本医師会ホームページをご参照ください。なお、制度全般に関するご照会には所属都道府県医師会（一部地域によっては都市区医師会）までご連絡ください。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である公益社団法人日本医師会は、幹事保険会社*に本依頼書に関する個人情報を提供いたします。
幹事保険会社は、本依頼書に関する個人情報（過去に取得したものを含みます）を、本契約に関する個人情報の利用目的に必要な範囲内で業務委託先、他の引受保険会社等に提供し、保険引受の判断、本契約の管理、保険金支払等の履行のために利用させていただきます。本手続を依頼するにあたり、幹事保険会社が上記目的のために個人情報を提供・利用することにつき同意いただきたくお願い申し上げます。
※幹事保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

日医医賠責特約保険 加入・脱退 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、掲載のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報取扱に関するご案内」の内容について同意いたします。

手書きの場合は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（西暦）	年 月 日	※都道府県医師会の興動による 脱退・再加入の場合はするに ○をしてください。	都道府県医師会記入欄（西暦）
所属都道府県医師会の興動	☐ する ☐ ししない		加入日 脱退日 年 月 日

(1) 加入される日医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、日医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)補償対象の医療施設も併せてご記入ください。

記名会員（日医A会員）—被保険者—

所属都道府県 医師会名		所属市区 医師会名	
医籍登録番号		日医の会員	☐ A1 ☐ A2 ※A2会員とは、A2(B)会員およびA2(C)会員をいいます。
氏名	フリガナ	生年月日 (西暦)	年 月 日
送付先	〒 -	☐ 自宅 ☐ 医療機関 ☐ その他	
TEL		メールアドレス（任意）	

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

※記名会員（日医A会員）が理事もしくは管理者となっている病院・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—

法人を補償対象 (被保険者) と	☐ する ☐ ししない	法人名	フリガナ
所在地	〒 -		
記名会員（日医A会員）の法人における地位		☐ 理事 ☐ 管理者	TEL

(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。

※1 管理者で個人（医療施設を補償対象施設としない）加入の場合は補償対象施設「なし」を選択してください。

※2 医療施設を補償対象とする場合は、補償対象となる施設数をご記入ください。

※3 補償対象施設が4以上の場合は、新たな依頼書を使用してください。

※4 病院の病床数は医療法に規定する一般病床数と療養病床数の総計許可病床数をご記入ください。

補償対象の医療施設		補償対象施設	☐ あり ☐ なし	補償対象施設数	施設	
1	医療施設の名称	医療施設の種別	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分	
				床・名	個人立	
				精神病床数	床	法人立
2	医療施設の名称	医療施設の種別	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分	
				床・名	個人立	
				精神病床数	床	法人立
3	医療施設の名称	医療施設の種別	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分	
				床・名	個人立	
				精神病床数	床	法人立

保険期間 (西暦)	年 月 1日から 年 7月 1日まで ヶ月間
--------------	------------------------------

掛金は、「ご案内」のとおりです。なお、確定した掛金は貴院へ送付する「被保険者証」をもってお知らせします。

都道府県医師会 連番記入欄									

2024.7.1 H

日医医賠責特約保険 変更手続のご案内

1. 変更手続依頼書記入について

- (1) 「記入日」「変更日」「現在の記名会員」の各欄を記入し、＜変更事由＞欄の該当項目の○をつけてください。
＜変更後の内容＞欄については変更項目のみご記入ください。
- (2) 記入後、本紙を都道府県医師会（一部地域によっては都市区医師会）の担当窓口へ提出してください。
控えが必要な場合はコピーをお願いいたします。

2. 記入上の注意点

- (1) 記名会員の内容変更
所属都市区医師会・氏名・日医の会員区分・送付先・電話番号の変更がある場合。
- (2) 記名会員の継承交代
開設者や管理者の交代等で現在の補償内容をそのまま新しい会員に移したい場合は継承交代を選択してください。
※継承交代を行うと旧加入者は脱退扱いとなります。
- (3) 新規法人化
個人立から法人立に変更となる場合。補償対象の医療施設の開設者区分が個人立から法人立に変更となります。
「医療施設の内容変更」も選択して補償対象の医療施設欄の開設者区分も選択してください。
- (4) 記名法人の削除
法人立から個人立に変更となる場合。補償対象の医療施設がある場合は、開設者区分が法人立から個人立に変更となります。「医療施設の内容変更」も選択して補償対象の医療施設欄の開設者区分も選択してください。
- (5) 記名法人の内容変更
法人の名称や所在地等の変更、記名会員の法人における地位の変更の場合。
- (6) 医療施設の追加・削除
・補償対象の医療施設を追加・削除する場合は、追加・削除する医療施設の名称を記入してください。
・補償対象施設数は、変更後の医療施設の数を入力してください。なくなる場合は0を入力してください。
・補償対象施設の変更数が4以上の場合は新たな変更依頼書に記入してください。
- (7) 医療施設の内容変更
医療施設の名称変更・医療施設の種類の変更（病院から診療所）・個人立⇄法人立の変更・病床数や定員数に変更になる場合は変更後の病床数・定員数を記入してください。

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都市区医師会）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制度ハンドブック」もしくは日医ホームページをご参照ください。なお、制度全般に関するご照会には所属都道府県医師会（一部地域によっては都市区医師会）までご連絡ください。

4. 個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である公益社団法人日本医師会は、幹事保険会社[※]に本依頼書に関する個人情報を提供いたします。
幹事保険会社は、本依頼書に関する個人情報（過去に取得したものを含みます）を、本契約に関する個人情報の利用目的に必要な範囲内で業務委託先、他の引受保険会社等に提供し、保険引受の判断、本契約の管理、保険金支払等の履行のために利用させていただきます。本手続を依頼するにあたり、幹事保険会社が上記目的のために個人情報を提供・利用することにつき同意いただきたくお願い申し上げます。

※幹事保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

變更依賴書 記入例

個人立診療所の法人化の場合

[illegible]

記名会員の継承交代の場合

日医賠償特約保険 変更依頼書

記入用

日本医師会 会章

日本医師会の賠償責任特約保険制度について、下記の任意変更事項が適用したいことと通知のうえ、保険料と取り決めいたします。
なお、[任意]の任意は任意とする「第1」の欄に必ず記載いたします。

手書きの欄は以下の枠内について、印刷欄も記入のうえ、認印の「印」を必ずしてください。

変更日 〇〇〇〇年〇月〇日

変更日 〇〇〇〇年〇月〇日

現在の記名者

氏名	東京部	所属区分 印刷用	文京区
性別	男	年齢	A2
住所	日原 太郎	職業	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

<変更事由>

所属区分、住所変更の理由は、印刷と「他人」の手続きをさせていただきます。

現在の記名者	記名者本人	現在の住所	現在の住所
〇 新加入者	〇 新加入者	〇 新加入者	〇 新加入者
〇 記名者の住所変更	〇 記名者の住所	〇 記名者の住所	〇 記名者の住所
〇 記名者の職業変更	〇 記名者の職業	〇 記名者の職業	〇 記名者の職業

<変更後の内容> 変更項目をご記入ください。

記名者 日原 太郎 (旧記名者) - 印刷欄

氏名	日原 花子	性別	女	年齢	〇〇 年 〇 月 〇 日
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇

記名者本人 - 印刷欄

氏名	日原 太郎	性別	男	年齢	〇〇 年 〇 月 〇 日
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
住所	〇〇-〇〇-〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	職業	〇〇-〇〇-〇〇〇〇

本記名者 日原 太郎 (旧記名者) 印欄を印刷し、印欄を印刷する旨に印します。

現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇

1. 現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇 (旧記名者) 印欄を印刷し、印欄を印刷する旨に印します。
2. 現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇 (旧記名者) 印欄を印刷し、印欄を印刷する旨に印します。

現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇

1	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇
2	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇
3	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇	現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇

現在の住所 〇〇-〇〇-〇〇〇

2024.7.14

日医医賠責特約保険 変更依頼書

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、掲載のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報取扱に関するご案内」の内容について同意いたします。

手書きの場合は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。

記入日(西暦)	年 月 日	変更日(西暦)	年 月 日
---------	-------	---------	-------

現在の記名会員

所属都道府県医師会名	所属市区町村医師会名
区画登録番号	日医の会員 ☐ A1 ☐ A2
氏名	フリガナ
TEL	※ A2 会員とは、A2(B) 会員および A2(C) 会員をいいます。

<変更事由> 所属都道府県医師会の異動は、「脱退」と「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
☐ 記名会員の内容変更	☐ 新規法人化	☐ 医療施設の追加
☐ 記名会員の継承交代	☐ 記名法人の削除	☐ 医療施設の削除
	☐ 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。

記名会員欄(日医 A 会員) - 被保険者

所属市区町村医師会名	区画登録番号	日医の会員	☐ A1 ☐ A2
氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	年 月 日
送付先	〒 -	☐ 自宅 ☐ 医療機関 ☐ その他	
TEL	メールアドレス(任意)		

記名法人欄 - 被保険者

法人名	フリガナ	記名会員の法人における地位	☐ 理事 ☐ 管理者
所在地	〒 -	TEL	

※記名会員(日医 A 会員)が理事もしくは管理者である病院・診療所・介護医療院を開設する法人に限ります。

補償対象の医療施設欄

- 補償対象の医療施設がなくなる場合は補償対象施設数に 0 を、補償対象施設数が増える場合は変更後の施設数をご記入ください。
- 病院の病床数は医療法に規定する一般病床数と療養病床数の総計許可病床数をご記入ください。

補償対象施設数	施設												
1	<table><tr><th>医療施設の名称</th><th>医療施設の種別</th><th>病床数または介護医療院定員数(20名以上)</th><th>開設者区分</th></tr><tr><td>☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除</td><td>☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)</td><td>床・名</td><td>個人立 法人立</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>精神病床数</td><td>床 法人立</td></tr></table>	医療施設の名称	医療施設の種別	病床数または介護医療院定員数(20名以上)	開設者区分	☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	床・名	個人立 法人立			精神病床数	床 法人立
医療施設の名称	医療施設の種別	病床数または介護医療院定員数(20名以上)	開設者区分										
☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	床・名	個人立 法人立										
		精神病床数	床 法人立										
2	<table><tr><th>医療施設の名称</th><th>医療施設の種別</th><th>病床数または介護医療院定員数(20名以上)</th><th>開設者区分</th></tr><tr><td>☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除</td><td>☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)</td><td>床・名</td><td>個人立 法人立</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>精神病床数</td><td>床 法人立</td></tr></table>	医療施設の名称	医療施設の種別	病床数または介護医療院定員数(20名以上)	開設者区分	☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	床・名	個人立 法人立			精神病床数	床 法人立
医療施設の名称	医療施設の種別	病床数または介護医療院定員数(20名以上)	開設者区分										
☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	床・名	個人立 法人立										
		精神病床数	床 法人立										
3	<table><tr><th>医療施設の名称</th><th>医療施設の種別</th><th>病床数または介護医療院定員数(20名以上)</th><th>開設者区分</th></tr><tr><td>☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除</td><td>☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)</td><td>床・名</td><td>個人立 法人立</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>精神病床数</td><td>床 法人立</td></tr></table>	医療施設の名称	医療施設の種別	病床数または介護医療院定員数(20名以上)	開設者区分	☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	床・名	個人立 法人立			精神病床数	床 法人立
医療施設の名称	医療施設の種別	病床数または介護医療院定員数(20名以上)	開設者区分										
☐ 追加 ☐ 変更 ☐ 削除	☐ 診療所 ☐ 病院 ☐ 介護医療院(19名以下) ☐ 介護医療院(20名以上)	床・名	個人立 法人立										
		精神病床数	床 法人立										

都道府県医師会 連番記入欄

2024.7.1 H