

指定保険代理店 メディコ北海道 御中
 一般社団法人 北海道医師会 御中
 損害保険ジャパン株式会社 御中

— 北海道医師会 — 医師賠償責任保険制度「変更届出書」

私は、北海道医師会医師賠償責任保険制度の契約を以下のとおり変更します。
 私は、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。
 記入例はメディコ北海道ウェブサイト(https://www.medico-hokkaido.co.jp)>サービス紹介>商品一覧内に掲示しております。

変更日： 年 月 日 申込日： 年 月 日

所属郡市医師会名	<input type="text" value="変更あり"/>	医師会	医療機関コード	<input type="text" value="変更あり"/>	<input type="text"/>				
経営形態	<input type="text" value="変更あり"/>	例) 個人 → 一人法人		*パンフレットP.2をご参照ください					
医療機関所在地	<input type="text" value="変更あり"/>	〒 -							
		TEL() - FAX() -							
医療機関名称	<input type="text" value="変更あり"/>	フリガナ							
開設者名(代表者名含)	<input type="text" value="変更あり"/>	フリガナ		代表者医籍登録番号					
				Ⓜ					
ご担当者名	<input type="text" value="フリガナ"/>	(役職)		(氏名)		e-mail			

変更内容 (*変更部分のみご記入ください)

		変更前	変更後
1. 医師賠償責任保険		(-)型	(-)型
病床数 <small>介護医療院の定員数は「療養病床」のベッド数とみなします。</small>	診療所	床	床
	一般病床	床	床
	療養病床 <small>*介護医療院への転換は転換病床数と介護医療院名称を記載ください</small>	床	床 <small>* 床を下記介護医療院へ転換介護医療院名</small>
	精神病床	床	床
	結核・老健施設	床	床
2. 勤務医師賠償責任保険(包括契約)		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
3. 看護職賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
4. 医療従事者賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
5. 雇用慣行賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/>	<input type="text" value="削除"/>
6. 産業医・学校医等嘱託医活動賠償責任保険		<input type="text" value="追加"/> + <input type="text" value="オプション加入"/>	<input type="text" value="削除"/>
7. 役員員傷害保険		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
8. 医療機関用サイバー保険 <small>病院・老健施設および費用保険金額4,000万円以上設定の診療所は加入申込の際に「質問書兼告知書」をご提出いただけます。</small>		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
9. 医療事故調査費用保険★		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
10. クレーム対応費用保険★		<input type="text" value="追加"/> 加入型 _____ 型	<input type="text" value="削除"/>
標榜科目	該当するすべてに○をお付けください。 <input type="checkbox"/> 内・消化器・胃腸科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形・形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産・婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 小児・小児外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> その他		

医師会使用欄 入力日 年 月 日 担当印