

各郡市等医師会担当理事 殿

大分県医師会常任理事 帆 秋 伸 彦

日医医賠責特約保険ポータルサイトのご案内並びに
日医医賠責特約保険各種お手続きについて

かねてよりご案内しておりましたが、令和6年7月より「日医医賠責特約保険ポータルサイト」がリニューアルされ、Web上で日医医賠責保険の加入・脱退・変更の依頼書類を作成することができるようになりました。

つきましては、貴会におかれましてもご了知の上、貴会会員へ周知方お願い申し上げます。

なお、周知の際は、日医からの会員宛文書を是非ご活用ください。

また、今回の制度改正を踏まえ事務手続きマニュアルも更新されましたので、都道府県医師会用に作成されたものを文書管理システムの「お知らせ」に掲載いたしますので、ご確認の程、お願いします。

追記：

1. 会員にてWeb上で作成された加入・脱退・変更の依頼書は、所属の郡市等医師会経由にて大分県医師会へご提出願います。大分県医師会への提出方法につきましては、書面(印刷分)もしくはメール添付のどちらでも構いません。メールにてご提出の場合は、fukusi@oita.med.or.jpへお送り願います。
2. 当面の間は手書きでの依頼書作成も可能です。新様式の依頼書を添付しておりますが、下記URLよりダウンロードも可能ですのでご活用ください。
○<https://www.med.or.jp/doctor/ibaiseki/iraisho.html>
3. 日医医賠責特約保険ポータルサイトURL
○<https://www.med.or.jp/doctor/ibaiseki/>

日本医師会会員の皆様へ

日医医賠償特約保険ポータルサイトのご案内

日医医賠償特約保険の各種手続きについて

日頃より日本医師会ホームページをご覧いただき、ありがとうございます。

「日医医賠償特約保険ポータルサイト」では、日医医賠償特約保険の特長・補償内容・掛金や各種手続きの方法など、目的別にわかりやすく会員サポートができるように、コンテンツの充実を図っております。

また、2024年7月より、「日医医賠償特約保険ポータルサイト」を大幅にリニューアルし、Web上で日医医賠償特約保険の加入・脱退や変更依頼書を作成できるようになり、スピーディな手続きが可能となりました。

加入・脱退・変更のお手続きについては「日医医賠償特約保険ポータルサイト」の各Webサイトにある「依頼書作成フォーム」から必要事項を入力いただき、依頼書（PDF）を作成（印刷）して、所属の都市等医師会に送付してください。

※ 送付方法については所属の都市等医師会にご確認ください。

※ 「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、「日医医賠償特約保険ポータルサイト」から手書き依頼書（PDF）を印刷して作成することもできます。

❖ 日本医師会会員ID・・・日医刊行物送付番号10桁の番号

❖ パスワード・・・生年月日の6桁の数字

日本医師会ホームページ

<https://www.med.or.jp/>

「医師の皆様へ」→「日本医師会医師賠償責任保険制度：日医医賠償特約保険」

日医医賠償特約保険ポータルサイト

<https://www.med.or.jp/doctor/ibaiseki/>

日医医賠償特約保険 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郡市区医師会）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・医療施設の種類・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郡市区医師会）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郡市区医師会）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。

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

法人立診療所の理事・管理者が加入する場合

日医賠償特約保険 加入・脱退依頼書

日本医師会 御中
日本医師会の日医賠償特約保険について、下記の記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、補題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、該当の〇印をなぞってください。

依頼日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日 ※都道府県医師会の異動による脱退・再加入の場合はする()しない()をしてください。
所属都道府県医師会の種別()する()しない()をしてください。

(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)一被保険者一

所属都道府県医師会名	東京都	所属都府県医師会名	文京区
医師登録番号	〇〇〇〇〇〇	日医の会員	A1
氏名	白 太郎	生年月日(西暦)	〇〇〇〇年〇月〇〇日
送付先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇 日医クリニック	〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇
住所	〒 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	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です。

記名法人一被保険者一

法人を補償対象(被保険者)とする()しない()	法人名	プリカナ	イノヴォホウジン・シャッパン	〇〇〇〇
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	東京都文京区本駒込	〇〇-〇〇-〇〇	
記名会員(日医A会員)の法人における地位	理事	管理者	〇	〇

(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記入してください。
- ※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可病床数を記入してください。

補償対象の医療施設	あり	なし	なし	なし	なし
1 日医クリニック	医師施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	補償対象施設	あり	なし	なし
2	医師施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	補償対象施設	あり	なし	なし
3	医師施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	補償対象施設	あり	なし	なし

保険期間(西暦) 年 月 1日から 年 月 1日まで
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」をもつてお知らせします。

都道府県医師会 連番記入欄

脱退を希望する場合

日医賠償特約保険 加入・脱退依頼書

日本医師会 御中
日本医師会の日医賠償特約保険について、下記の記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、補題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、該当の〇印をなぞってください。

依頼日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日 ※都道府県医師会の異動による脱退・再加入の場合はする()しない()をしてください。
所属都道府県医師会の種別()する()しない()をしてください。

(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)一被保険者一

所属都道府県医師会名	東京都	所属都府県医師会名	文京区
医師登録番号	〇〇〇〇〇〇	日医の会員	A1
氏名	白 太郎	生年月日(西暦)	〇〇〇〇年〇月〇〇日
送付先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇 日医クリニック	〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇
住所	〒 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	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です。

記名法人一被保険者一

法人を補償対象(被保険者)とする()しない()	法人名	プリカナ	イノヴォホウジン・シャッパン	〇〇〇〇
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	東京都文京区本駒込	〇〇-〇〇-〇〇	
記名会員(日医A会員)の法人における地位	理事	管理者	〇	〇

(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記入してください。
- ※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可病床数を記入してください。

補償対象の医療施設	あり	なし	なし	なし	なし
1	医師施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	補償対象施設	あり	なし	なし
2	医師施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	補償対象施設	あり	なし	なし
3	医師施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	補償対象施設	あり	なし	なし

保険期間(西暦) 年 月 1日から 年 月 1日まで
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」をもつてお知らせします。

都道府県医師会 連番記入欄

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、掲題のとおり依頼いたします。
なお、「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。

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	※都道府県医師会の異動による 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異動	<input type="radio"/> する <input type="radio"/> しない		<input type="radio"/> 加入日 <input type="radio"/> 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		所属郡市区 医師会名	
医籍登録番号		日医の会員	<input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> 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	〒 -	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> する <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 理事 <input type="radio"/> 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以上の場合には、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。

補償対象施設	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	補償対象施設数	施設	
1	医療施設の名称	医療施設の種類	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
		<input type="radio"/> 診療所	床・名	<input type="radio"/> 個人立
		<input type="radio"/> 病院	床	<input type="radio"/> 法人立
		<input type="radio"/> 介護医療院(19名以下)		
2	医療施設の名称	医療施設の種類	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
		<input type="radio"/> 診療所	床・名	<input type="radio"/> 個人立
		<input type="radio"/> 病院	床	<input type="radio"/> 法人立
		<input type="radio"/> 介護医療院(19名以下)		
3	医療施設の名称	医療施設の種類	病床数または介護医療院 定員数(20名以上)	開設者 区分
		<input type="radio"/> 診療所	床・名	<input type="radio"/> 個人立
		<input type="radio"/> 病院	床	<input type="radio"/> 法人立
		<input type="radio"/> 介護医療院(19名以下)		

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、確定した掛金は貴殿へ送付する「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

日医医賠償特約保険 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郡市区医師会）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
所属郡市区医師会・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・病床数や定員数が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。

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まず）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

記名会員の継承交代の場合

日医医賠責特約保険 変更依頼書

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。

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、該当の〇印をなぞってください。

記入日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日 変更日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日

現在の記名会員

所属都道府県 医師会名	東京都	所属都府県 医師会名	文京区
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
フリガナ	ニライ クロウ	氏名	日医 太郎

<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
<input type="radio"/> 記名会員の内容変更	<input type="radio"/> 新規法人化	<input type="radio"/> 医療施設の追加
<input checked="" type="radio"/> 記名会員の継承交代	<input type="radio"/> 記名法人の削除	<input type="radio"/> 医療施設の削除
<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 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

所属都府県医師会名	東京都	所属都府県医師会名	文京区
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
フリガナ	ニライ ハナコ	氏名	日医 花子
フリガナ	ニライ ハナコ	生年月日(西暦)	〇〇〇〇年〇月〇〇日
〒	-	送付先	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 自宅 医療機関 その他
〒	-	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇

記名法人欄 - 被保険者

法人名	フリガナ イリコホフウジンシヤク 〇〇カイ 医療法人社団 〇〇会	記名会員の法人に おける地位	理事 管理 監事
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇〇	TEL	TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者もしくは管理委員会である病院・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

1. 補償対象の医療施設がなくなると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。
2. 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(計可)病床数をご記入ください。

補償対象施設	施設	医療施設の種類	医療施設の種類	開設者区分
1		診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	個人立 法人立
2		診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	個人立 法人立
3		診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	個人立 法人立

都道府県医師会 連番記入欄

個人立診療所の法人化の場合

日医医賠責特約保険 変更依頼書

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。

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、該当の〇印をなぞってください。

記入日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日 変更日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日

現在の記名会員

所属都道府県 医師会名	東京都	所属都府県 医師会名	文京区
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
フリガナ	ニライ クロウ	氏名	日医 太郎

<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
<input type="radio"/> 記名会員の内容変更	<input type="radio"/> 新規法人化	<input type="radio"/> 医療施設の追加
<input checked="" type="radio"/> 記名会員の継承交代	<input type="radio"/> 記名法人の削除	<input type="radio"/> 医療施設の削除
<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 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

所属都府県医師会名	東京都	所属都府県医師会名	文京区
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇	日医の会員	<input checked="" type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
フリガナ	ニライ クロウ	氏名	日医 太郎
フリガナ	ニライ クロウ	生年月日(西暦)	〇〇〇〇年〇月〇〇日
〒	-	送付先	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 自宅 医療機関 その他
〒	-	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇

記名法人欄 - 被保険者

法人名	フリガナ イリコホフウジンシヤク 〇〇カイ 医療法人社団 〇〇会	記名会員の法人に おける地位	理事 管理 監事
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇〇	TEL	TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※記名会員(日医A会員)が理事もしくは管理者もしくは管理委員会である病院・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

1. 補償対象の医療施設がなくなると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。
2. 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(計可)病床数をご記入ください。

補償対象施設	施設	医療施設の種類	医療施設の種類	開設者区分
1		診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	個人立 法人立
2		診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	個人立 法人立
3		診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	個人立 法人立

都道府県医師会 連番記入欄

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、掲題のとおり依頼いたします。
なお、「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。

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		所属都市区 医師会名	
医籍登録番号		日医の会員	<input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2
氏名	フリガナ	※A2会員とは、A2(B)会員およびA2(C)会員をいいます。	
		TEL	

<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
<input type="radio"/> 記名会員の内容変更	<input type="radio"/> 新規法人化	<input type="radio"/> 医療施設の追加
<input type="radio"/> 記名会員の継承交代	<input type="radio"/> 記名法人の削除	<input type="radio"/> 医療施設の削除
	<input type="radio"/> 記名法人の内容変更	<input type="radio"/> 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

所属都市区医師会名			
医籍登録番号	日医の会員 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2		
氏名	フリガナ	生年月日 (西暦)	年 月 日
送付先	〒 -	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 理事 <input type="radio"/> 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	医療施設の名称	医療施設の種類 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 介護医療院(19名以下) <input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 削除		床・名	<input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
			精神病床数	床
2	医療施設の名称	医療施設の種類 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 介護医療院(19名以下) <input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 削除		床・名	<input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
			精神病床数	床
3	医療施設の名称	医療施設の種類 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 介護医療院(19名以下) <input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 追加 <input type="radio"/> 変更 <input type="radio"/> 削除		床・名	<input type="radio"/> 個人立 <input type="radio"/> 法人立
			精神病床数	床

都道府県医師会 連番記入欄