

勤務医師賠償責任保険

ますます高度化、複雑化する医療現場。

万一の不幸な医療事故を経済面から強力にバックアップします！

※ 万が一の医療事故により医師個人が負担する法律上の損害賠償責任を補償する保険です。

- ・ 聖医会団体制度により20%の団体割引！
- ・ 国内勤務ならどこでもOK！ ・ 中途加入OK！
- ・ 選べる2プラン！

保険期間 2025年3月1日から2026年3月1日

	I 型 保険金額：1事故1億円 年間3億円	II 型 保険金額：1事故2億円 年間6億円
3月1日 (年間保険料)	40,660円	51,570円
4月中途加入	37,272円	47,273円
5月中途加入	33,883円	42,975円
6月中途加入	30,495円	38,678円
7月中途加入	27,107円	34,380円
8月中途加入	23,718円	30,083円
9月中途加入	20,330円	25,785円
10月中途加入	16,942円	21,488円
11月中途加入	13,553円	17,190円
12月中途加入	10,165円	12,893円
1月中途加入	6,777円	8,595円
2月中途加入	3,388円	4,298円

※ 勤務医師賠償責任保険にご加入できる方

- ・ 病院・診療所等に勤務されている勤務医師の方
- ・ ご自身で病院・診療所等を開設したが、他の病院等でも勤務されている方
- ※ ご自身で開設した病院等のみで勤務する場合、この保険にはご加入できません。

本チラシは、概要の説明です。詳しい内容については、パンフレット(医師総合補償制度のご案内)をご覧ください。取扱い代理店および損害保険ジャパン株式会社にお問い合わせください。

→ パンフレットはこちら

- 〈 取扱代理店 〉 聖友インシュアランスアンドリース株式会社
〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-20-31 MSビル2階
TEL 044-975-4871 FAX 044-975-4873(午前9時～午後5時まで)
- 〈 引受保険会社 〉 損害保険ジャパン株式会社 横浜支店営業第一課
〒231-0007 神奈川県横浜市中区弁天通5-70 5階
TEL 045-661-2713 FAX 045-201-7252(午前9時～午後5時まで)



© JAPAN-DA

聖医会会員医師総合補償制度「加入依頼書」

私は、聖医会会員医師総合補償制度に加入したく、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ依頼いたします。
なお保険料はみずほファクター(株)により、登録口座から引落しになることを承諾いたします。申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損害保険ジャパンのホームページ <https://www.sompo-japan.co.jp> に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

申込日	年 月 日		
フリガナ			性別
被保険者本人署名	(旧姓:)		男・女
生年月日	大・昭・平	年 月 日 歳	
フリガナ			
〒 ()			
住 所	TEL (- -)		
勤務先名		所 属	
勤務先住所	〒 ()		
	TEL (- -)		

加入希望日： 年 月 日 (※ 加入希望日までに下記振込先までご入金下さい。)

【振込先】みずほ銀行 向ヶ丘支店 普通口座 2370990 聖医会保険口

※ ご加入を希望する保険の種類 (① ~ ③)、加入タイプをすべてご選択下さい。

① 勤務医師賠償責任保険(パンフレットP. 1~2をご覧ください。)

⇒ 加入タイプ

I 型	II 型
-----	------

② 所得補償保険(パンフレットP. 3~4をご覧ください。)

⇒ 加入タイプ

A	B	C	D	E	F
イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ
1	2	3	4	5	6

※ 所得補償保険にご加入される方は、健康告知書のご記入・署名・捺印も必要となります。

③ 産業医・学校医 嘱託医活動賠償責任保険(パンフレットP. 5~6をご覧ください。)

【個人情報の取扱いについて】

- ・保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報を損害保険ジャパンに提供します。
 - ・損害保険ジャパンは、本契約に関する個人情報を本契約の履行・損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供等を行うために取得・利用し、業務委託先・再保険会社等に提供を行います。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により**限定された目的以外の利用はしません**。
詳細につきましては、損害保険ジャパンのホームページ (<https://www.sompo-japan.co.jp>)に掲載の個人情報保護宣言をご覧ください。
 - ・保険契約者(団体)は、本契約に関する個人情報を聖医会のデータ整備にも活用させていただきます。不同意の場合はお手数ですが、その旨ご連絡いただきますようお願い申し上げます。
- 申込人(加入者)および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入下さい。

- 取扱代理店 聖友インシュアランスアンドリース株式会社
〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-20-31 MSビル2階 TEL: 044-975-4871 FAX: 044-975-4873
- 引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社 横浜支店営業一課
〒231-0007 横浜市中区弁天通5-70 TEL: 045-661-2713