

神奈川県医師会会員の皆さまへ

クレーム対応費用保険 のご案内

クレーム対応費用保険は費用・利益保険普通保険約款に医療業務妨害行為対応費用保険特約条項および各種特約をセットしたものです。

もし、クレーム行為^(※)により診療が阻害されたら…

① 専門相談窓口への無料相談サービス

クレームコンシェルサポートメンバーがクレームに関するご相談や対応方法など解決に向けた各種アドバイスを実施し、クレームの速やかな解決を支援します。
*ご利用は本保険の被保険者のみとなります。

クレームコンシェルとは、
クレーム行為に関するご相談窓口です。

② 弁護士委任した場合の費用補償

相談料

報酬金

争訴費用

着手金

など

①+②で解決をサポートする保険です。

(※)クレーム行為とは、記名被保険者が日本国内で行った業務に対して、他人が被保険者(保険の補償を受けられる方)に暴行、脅迫、強要、威力、セクシャルハラスメント、不退去、偽計、風説の流布を行うことをいいます。

●申込締切日 : 令和4年(2022年)4月1日(金)

●保険期間 : 令和4年(2022年)5月1日午後4時から
令和5年(2023年)5月1日午後4時まで

公益社団法人神奈川県医師会
引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社

クレーム対応費用保険の概要

● クレーム対応費用保険の特長

その1

クレーム対応に関する専門相談窓口へ、**無料相談が可能！**

その2

専門相談窓口が当事者間での解決困難と判断した事案は、**弁護士費用を補償！**

● この保険にご加入いただける方

- ・ 神奈川県医師会の会員

● 無料相談対象者、弁護士費用の被保険者

- ・ 神奈川県医師会の会員
- ・ 神奈川県医師会の会員が開設する医療機関の役員、使用人およびその業務の補助者
- ・ 神奈川県医師会の会員が理事長となっている医療法人または管理者となっている医療施設の役員、使用人およびその業務の補助者

● 対象となるクレーム行為

被保険者に対して、行われる下記の行為

- ・ 暴行 ・ 脅迫 ・ 強要 ・ 威力 ・ セクシャルハラスメント ・ 不退去 ・ 偽計、風説の流布

● お支払いする弁護士費用

相談料、着手金、報酬金、手数料、争訟費用、その他弁護士が委任事務処理を行ううえで必要な費用 ※日当、顧問料は含まれません。

● 保険金をお支払いできない主な場合（免責事由）

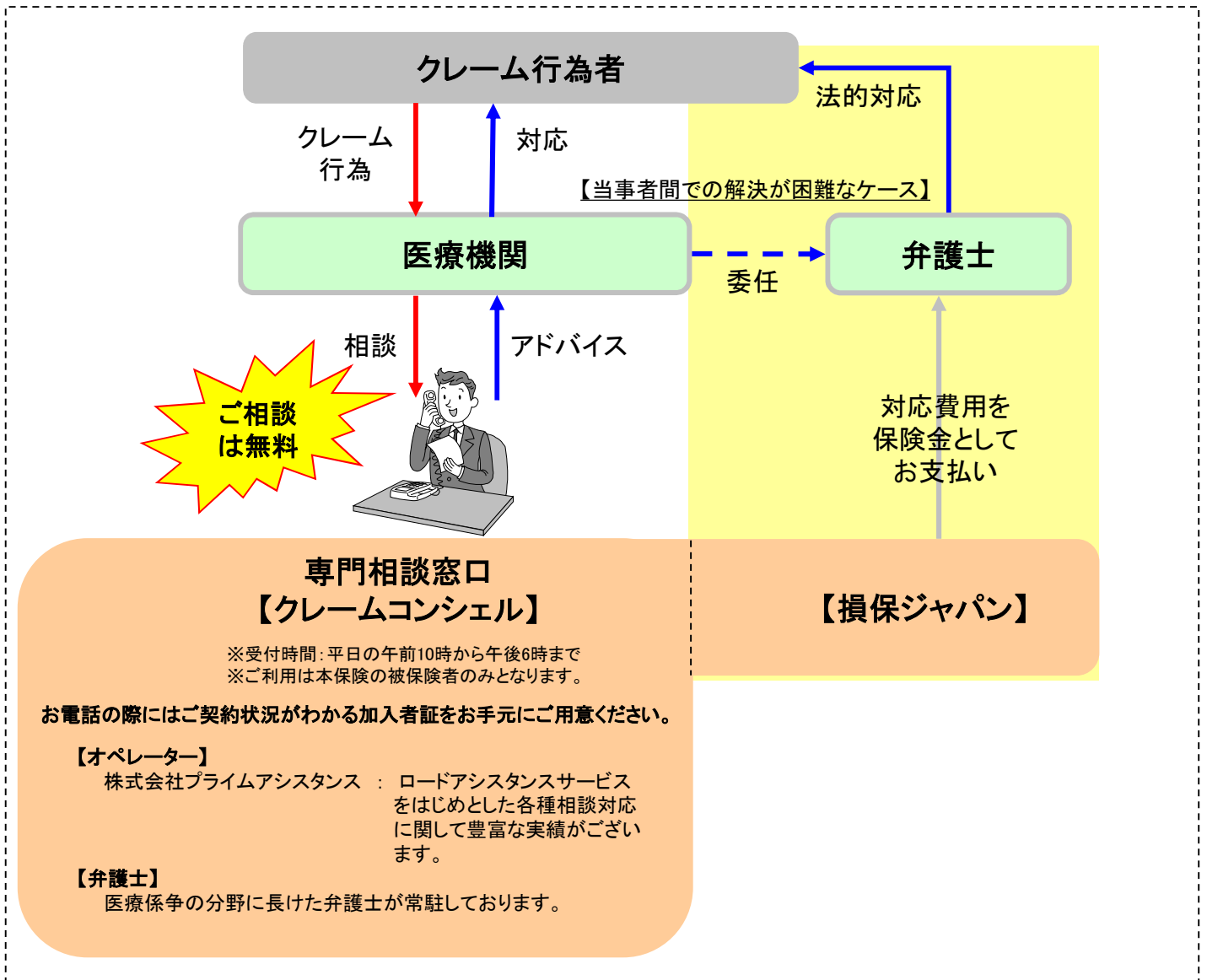
以下の事由により発生した費用はお支払いできません。

- ① 保険契約が初年度契約である場合において、保険期間の開始時より前に被保険者がクレーム行為を被った場合、または被るおそれのあることを知っていた場合もしくは知ったと合理的に推定される場合
- ② この保険契約が継続契約である場合において、初年度契約の保険期間の開始時より前に被保険者がクレーム行為を被った場合、または被るおそれのあることを知っていた場合もしくは知ったと合理的に推定される場合
- ③ 次のアまたはイに掲げる者の故意もしくは重大な過失または法令違反によって生じた損害。ただし、イに掲げる者の故意もしくは重大な過失または法令違反によって損害が生じた場合において、他の者が受け取るべき金額については、この規定を適用しません。
 - ア. 保険契約者、被保険者またはこれらの者の法定代理人
 - イ. 保険金を受け取るべき者またはその法定代理人でアに掲げる者以外の者
- ④ 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動
- ⑤ 地震、噴火またはこれらによる津波
- ⑥ 核燃料物質または核燃料物質によって汚染された物の放射性、爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故
- ⑦ 被保険者の故意もしくは重大な過失または法令違反によって生じた損害
- ⑧ クレーム行為を行った者に対して、被保険者が損害賠償請求を行うことによって生じた損害
- ⑨ クレーム行為を行った者に対して、被保険者の債権を回収することによって生じた損害
- ⑩ 医師賠償責任保険契約により保険金が支払われるべき損害
- ⑪ 美容を唯一の目的とする医療によって生じた損害
- ⑫ 所定の免許を有しない者（所定の許可を有する臨床修練外国医師または臨床修練外国歯科医師を除きます。）が遂行した医療によって生じた損害

など

クレーム対応費用保険の概要(続き)

● もし、クレーム行為に遭ったら・・・



STEP1 専門家に相談!

- ・対象のクレームが発生した場合、専門相談窓口にご相談ください。
- ・クレーム対応のプロが対応方法についてアドバイスをさせていただきます。

注意

- ・クレームコンシェル内弁護士からは、一般的な法律相談や法制度上の助言をさせていただきます。したがって、個別具体的な法的な助言は行っておりません。
- ・クレームコンシェル内弁護士とのご相談時間は15分までとさせていただきます。
- ・保険契約前に発生しているクレームや、患者さまの身体障害に関する賠償請求など医師賠償責任保険での対応となる相談は対象外です。
- ・医療事故等の場合は、医師賠償責任保険のご加入窓口にご連絡をお願いします。

STEP2 弁護士に対応依頼!

- ・専門相談窓口が当事者間での解決困難と判断した案件については、弁護士への委任をお勧めさせていただきます。
- ・弁護士の対応に係る費用は保険金としてお支払いすることが可能です。

注意

- ・弁護士費用を保険金としてお支払いするのは、専門相談窓口に支援を要請し、損保ジャパンが承諾した場合のみです。

クレーム対応費用保険の概要(続き)

● 想定される主なクレーム事例

診療に関するもの

- ◆患者が「注射してくれるまで帰らない」と診察室で仰向けになり、次の患者が入れない状況になった。
＜不退去罪＞
- ◆医師が入院不要と判断した患者が退院を拒絶し、入院を続けている。
＜不退去罪＞

待ち時間に関するもの

- ◆待ち時間が長いことに腹を立てた患者が、受付カウンター越しに職員の肩をつかんで罵倒した。
＜威力業務妨害＞

診断書に関するもの

- ◆医学的に根拠のない内容の診断書を書くように脅され拒否したところ、毎日診療所へ押しかけ「大声を出す」「居座る」などの業務妨害を受けた。
＜威力業務妨害＞

セクハラ・ストーカーに関するもの

- ◆看護師や事務職員数名に待合室や廊下などですれ違い時に抱きつく等、問題行動が再三続けられた。
＜公然わいせつ罪＞

その他

- ◆他の患者の前で「ヤブ医者だ」と罵倒された。インターネットで書き込みされ風評被害が発生した。
＜侮辱罪＞
- ◆休診日に診察するよう何度も電話で強要され、診察室でも大声を挙げながら無理難題を要求された。
＜威力業務妨害＞

● ご加入プランの選択と年間保険料

保険期間1年

	お支払いする弁護士費用の支払限度額			
	50/150万円プラン	100/300万円プラン	200/600万円プラン	300/900万円プラン
	1事故50万円 期間中150万円	1事故100万円 期間中300万円	1事故200万円 期間中600万円	1事故300万円 期間中900万円
	自己負担額 1万円			
	縮小支払割合 90%			
勤務医(1名あたり)	8,750円	10,000円	12,500円	15,000円
診療所(注)	17,500円	20,000円	25,000円	30,000円
病院(100床未満)(注)	70,000円	80,000円	100,000円	120,000円
病院(100床以上500床未満)(注)	75,000円	100,000円	150,000円	200,000円
病院(500床以上)(注)	90,000円	120,000円	180,000円	240,000円

(注)1施設あたりの保険料です。

お支払いする保険金 = (弁護士からの請求費用 - 自己負担額1万円) × 90%

※弁護士からのご請求費用とお支払いする保険金の差額は、お客さま自身でのご負担となります。

ご加入に際して特にご確認いただきたい事項や、ご加入者にとって不利益になる事項等、
 特にご注意いただきたい事項を記載しています。
 ご加入になる前に必ずお読みいただきますようお願いします。

この保険のあらまし（契約概要のご説明）

商品の仕組み	この商品は費用・利益保険普通保険約款に医療業務妨害行為対応費用保険特約条項および各種特約をセットしたものです。
保険契約者	公益社団法人神奈川県医師会
保険期間	令和4年(2022年)5月1日午後4時から令和5年(2023年)5月1日午後4時まで
申込締切日	令和4年(2022年)4月1日(金) 中途加入の場合は毎月月末最終日(月末最終日が土・日・祝日の場合はその前日まで)が締め切りとなります。
引受条件(保険金額等)、 保険料、保険料払込方法等	引受条件(保険金額等)、保険料は本パンフレットに記載していますので、ご確認ください。
加入対象者	神奈川県医師会の会員
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県医師会の会員 ・神奈川県医師会の会員が開設する医療機関の役員、使用人およびその業務の補助者 ・神奈川県医師会の会員が理事長となっている医療法人または管理者となっている医療施設の役員、使用人およびその業務の補助者
ご加入方法	<p>添付の加入依頼書に必要事項をご記入のうえ、FAXにてご返送ください。</p> <p>振込先は神奈川県医師信用組合となっておりますが、同封の振込用紙にて最寄りの金融機関からもご送金できます。</p> <p>同封の振込用紙は使わずにお振込いただくことも可能です。(インターネットからのお振込も可) その場合、同封の振込用紙「おなまえ」欄記載の5桁の数字を振込人名の頭に入れてお振込ください。(一括払)</p> <p>【お振込先口座】 神奈川県医師信用組合 本店 普通口座 971201 神奈川県医師会 各種団体保険制度</p> <p>※振込手数料はご依頼人負担でお振込ください。 ※同封の振込用紙「おなまえ」欄記載の5桁の数字を振込人名の頭に入れてお振込ください。 ※上記の口座は、神奈川県医師会の医師賠償責任保険・医療事故調査費用保険・クレーム対応費用保険の保険料お振込先口座です。日医保険の保険料は別口座となります。</p>
中途加入	<p>保険期間の中途でのご加入は、毎月、受付をしています。その場合の保険期間は、毎月末日までの受付分は受付日の翌月1日(1日過ぎの受付分は翌々月1日)から令和5年(2023年)5月1日午後4時までとなります。</p> <p>保険料のお支払方法については別途ご案内します。</p>
中途脱退	この保険から脱退(解約)される場合は、ご加入窓口の株式会社神医社までご連絡ください。

保険金をお支払いする主な場合

保険金をお支払いできない主な場合

保険金を支払う損害は、被保険者が第三者からのクレーム行為を被った場合に、そのクレーム行為を解決するために、弁護士費用を被保険者が負担することによって生じた損害を保険金として支払います。ただし、被保険者がクレーム行為を被り、解決が困難なものであるとして、被保険者がクレームコンシェルに支援を要請し損保ジャパンが承認した場合にかぎり保険金を支払います。

弁護士費用

被保険者が被ったクレーム行為について、弁護士に委任することによって発生する相談料、着手金、報酬金、手数料、訴訟費用および偶然な事故に対応するために要した実費で、必要かつ有益な費用をいいます。なお、顧問料および日当は含みません。

次の事由に起因する損害に対しては、保険金を支払いません。
 ① 保険契約が初年度契約である場合において、保険期間の開始時より前に被保険者がクレーム行為を被った場合、または被るおそれのあることを知っていた場合もしくは知ったと合理的に推定される場合
 ② この保険契約が継続契約である場合において、初年度契約の保険期間の開始時より前に被保険者がクレーム行為を被った場合、または被るおそれのあることを知っていた場合もしくは知ったと合理的に推定される場合
 ③ 次のアまたはイに掲げる者の故意もしくは重大な過失または法令違反によって生じた損害。ただし、イに掲げる者の故意もしくは重大な過失または法令違反によって損害が生じた場合において、他の者が受け取るべき金額については、この規定を適用しません。
 ア. 保険契約者、被保険者またはこれらの者の法定代理人
 イ. 保険金を受け取るべき者またはその法定代理人でアに掲げる者以外の者
 ④ 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動
 ⑤ 地震、噴火またはこれらによる津波
 ⑥ 核燃料物質または核燃料物質によって汚染された物の放射性、爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故
 ⑦ 被保険者の故意もしくは重大な過失または法令違反によって生じた損害
 ⑧ クレーム行為を行った者に対して、被保険者が損害賠償請求を行うことによって生じた損害
 ⑨ クレーム行為を行った者に対して、被保険者の債権を回収することによって生じた損害
 ⑩ 医師賠償責任保険契約により保険金が支払われるべき損害
 ⑪ 美容を唯一の目的とする医療によって生じた損害
 ⑫ 所定の免許を有しない者(所定の許可を有する臨床修練外国医師または臨床修練外国歯科医師を除きます。)が遂行した医療によって生じた損害

など

用語のご説明

用語	用語の定義
【クレーム行為】	被保険者が日本国内で行った業務に対して、他人が補償対象者に暴行、脅迫、強要、威力、セクシャルハラスメント、不退去、偽計、風説の流布を行うことをいいます。
【クレームコンシェル】	損保ジャパンが指定するクレーム行為を解決するための相談窓口をいいます。
【実費】	収入印紙代、郵便切手代、謄写料、交通費、通信費、宿泊費、調査費用その他弁護士が委任事務処理を行ううえで支払いの必要が生じた費用をいいます。
【訴訟費用】	調停、審判および抗告に要する費用を含みます。
【調査費用】	翻訳料、調査料等の費用をいいます。

ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと(注意喚起情報のご説明)

●告知義務(ご契約締結時における注意事項)

○保険契約にご加入いただく際には、ご加入される方ご本人が署名または記名捺印ください。

○加入依頼書等の記載内容が正しいか十分にご確認ください。

(1) 保険契約者または被保険者の方には、保険契約締結の際、告知事項について、損保ジャパンに事実を正確に告げていただく義務(告知義務)があります。

<告知事項>

加入依頼書の記載事項すべて

(2) 保険契約締結の際、告知事項について、故意または重大な過失によって事実を告げなかった場合または事実と異なることを告げた場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。

●通知義務(ご契約締結後における注意事項)

(1) 保険契約締結後、以下の事項に変更が発生する場合、あらかじめ(※)取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。ただし、その事実がなくなった場合は、ご通知いただく必要はありません。

■加入依頼書の記載事項の変更

<例> 保険金額等ご契約内容を変更される場合 など

(※) 加入依頼書に記載された事実の内容に変更を生じさせる事実が発生した場合で、その事実の発生が被保険者に原因がある場合は、あらかじめ取扱代理店または損保ジャパンにご通知ください。その事実の発生が被保険者の原因でない場合は、その事実を知った後、遅滞なく取扱代理店または損保ジャパンにご通知が必要となります。ただし、その事実がなくなった場合は、損保ジャパンに通知する必要はありません。

(2) 以下の事項に変更があった場合にも、取扱代理店または損保ジャパンまでご通知ください。ご通知いただかないと、損保ジャパンからの重要なご連絡ができないことがあります。

■ご契約者(ご加入者)の住所などを変更される場合

(3) ご通知やご通知に基づく追加保険料のお支払いがないまま事故が発生した場合、保険金をお支払いできないことやご契約が解除されることがあります。ただし、変更後の保険料が変更前の保険料より高くなかったときを除きます。

(4) 重大事由による解除等

保険契約者または被保険者が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合などは、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

●この保険契約では、この保険契約と同種の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合に、責任割合相当分について、求償権を行使する場合があります。

●この保険は営業または事業のための保険契約であり、クーリングオフ(ご契約申込みの撤回等)の対象となりません。

●ご契約を解約される場合には、取扱代理店または損保ジャパンまでお申し出ください。解約の条件によっては、損保ジャパンの定めるところにより保険料を返還、または未払保険料を請求させていただくことがあります。詳しくは取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

●ご契約者と被保険者(保険の補償を受けられる方)が異なる場合は、被保険者となる方にもこのパンフレットに記載した内容をお伝えください。

●引受保険会社が経営破綻した場合または引受保険会社の業務もしくは財産の状況に照らして事業の継続が困難となり、法令に定める手続きに基づき契約条件の変更が行われた場合は、ご契約時にお約束した保険金・解約返れい金等の支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。

ご加入に際して、特にご注意いただきたいこと（注意喚起情報のご説明）（続き）

●この保険については、ご契約者が個人、小規模法人（引受保険会社の経営破綻時に常時使用する従業員等の数が20名以下である法人をいいます。）またはマンション管理組合（以下あわせて「個人等」といいます。）である場合にかぎり、損害保険契約者保護機構の補償対象となります。

補償対象となる保険契約については、引受保険会社が経営破綻した場合は、保険金・解約返れい金等の8割まで（ただし、破綻時から3か月までに発生した事故による保険金は全額）が補償されます。

なお、ご契約者が個人等以外の保険契約であっても、その被保険者である個人等がその保険料を実質的に負担すべきこととされているものうち、その被保険者にかかる部分については、上記補償の対象となります。損害保険契約者保護機構の詳細につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

●保険会社との間で問題を解決できない場合（指定紛争解決機関）

損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合は、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。

【窓口：一般社団法人日本損害保険協会「そんぽADRセンター」】

ナビダイヤル0570-022808 <通話料有料>

<受付時間>

平日：午前9時15分～午後5時

（土・日・祝日・年末年始は休業）

詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。

(<https://www.sonpo.or.jp/>)

●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、損保ジャパンに提供します。

○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます。）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト

(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)をご覧ください。取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせ願います。

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うえご加入ください。

保険金をご請求いただく際の留意点

万一、保険金請求事故が発生した場合は、以下の対応を行ってください。保険契約者または被保険者が正当な理由なく以下の対応を行わなかった場合は、保険金の一部を差し引いてお支払いする場合があります。

1. 以下の事項を遅滞なく書面で損保ジャパンまたは取扱代理店に通知してください。

・事故発生の日時、場所、事故の状況、

2. 損害の発生および拡大の防止に努めてください。

3. 他の保険契約や共済契約の有無および契約内容について、遅滞なく通知してください。

4. 上記の1.～3.のほか、損保ジャパンが特に必要とする書類（※）または証拠となるものを求めた場合は、遅滞なく、これを提出し、損保ジャパンの損害の調査に協力をお願いします。

（※）損保ジャパンが特に必要とする書類については、下記「事故時に必要となる書類」をご確認ください。

●損保ジャパンは、被保険者が保険金請求の手続を完了した日から原則、30日以内に保険金をお支払いします。

ただし、以下の場合は、30日超の日数を要する場合があります。

①公的機関による捜査や調査結果の照会 ②専門機関による鑑定結果の照会 ③災害救助法が適用された災害の被災地域での調査

④日本国外での調査 ⑤事故の内容や根拠が特殊である場合

※上記の①から⑤の場合、さらに照会や調査が必要となった場合、被保険者との協議のうえ、保険金支払の期間を延長することがあります。

●保険契約者や被保険者が正当な理由なく、損保ジャパンの確認を妨げたり、応じなかった場合は、上記の期間内に保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。

<事故時に必要となる書類>

NO	必要となる書類	必要書類の例
①	保険金請求書および保険金請求権者が確認できる書類	保険金請求書、戸籍謄本、印鑑証明書、委任状、住民票 など
②	弁護士委任状	弁護士に対応を依頼した際の委任状

（注1）事故の内容に応じ、上記以外の書類もしくは証拠の提出または調査等にご協力いただくことがあります。

（注2）被保険者に保険金を請求できない事情がある場合は、ご親族のうち損保ジャパン所定の条件を満たす方が、代理人として保険金を請求できることがあります。

●保険金請求事故が起こった場合は、ただちに損保ジャパンまたは取扱代理店までご連絡ください。

平日夜間、土日祝日の場合は、下記事故サポートセンターまでご連絡ください。

【窓口：事故サポートセンター】0120-727-110

<受付時間> 平日/午後5時～翌日午前9時 土日祝日（12月31日～1月3日を含みます）/24時間


※上記以外受付時間外は、損保ジャパンまたは取扱代理店までご連絡ください。


2022年5月1日にて更新(新規加入)の場合は、4月1日(金)までに保険料をお振込みのうえ、FAXしてください。記載例はパンフレットをご参照ください。

個人立用

神奈川県医師会 クレーム対応費用保険 加入依頼書

＜ご注意＞ 昨年度ご契約を頂いている医療施設は、前年同条件のご契約内容を表示しております。(2021年11月末時点)

申込日	20 22 年 3 月 15 日			※修正がある場合や補償内容を変更される場合は、二重線で抹消のうえ、変更してください。訂正印は不要です。	
保険期間	20 22 年 5 月 1 日 午後 4 時 ~ 2023 年 5 月 1 日 午後 4 時				
加入者	郵便番号	〒 231 - 0007			
	住所	カナ	ヨコハマシ ナカ ベンテンド`オリ 5-70		
		漢字	横浜市中区弁天通 5-70		
	TEL	045-661-2713	FAX	045-201-7252	
氏名	(法人の場合、法人名・理事長名)				
	カナ	ソホ`ナイカクリニック インチョウ ソホ`タロウ			
	漢字	損保内科クリニック 院長 損保太郎			

被保険者	氏名	カナ	(記入が無い場合は申込人に同じ)		
		漢字			
対象医療施設	名称	カナ	ソホ`ナイカクリニック		
		漢字	損保内科クリニック		
※補償対象となる医療施設	所在地	カナ			
		漢字			

【ご加入プランの選択】(「加入希望」欄に丸印のうえ、「本年度保険料」欄に保険料をご記入ください。)

ご加入プランおよび保険料	◆勤務医		◆診療所																																		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <th>保険金額 (1事故/期間中)</th> <th>年間保険料 (単位:円)</th> <th>加入希望</th> </tr> <tr> <td>50/150万円プラン</td> <td>8,750</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>100/300万円プラン</td> <td>10,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>200/600万円プラン</td> <td>12,500</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>300/900万円プラン</td> <td>15,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	保険金額 (1事故/期間中)	年間保険料 (単位:円)	加入希望	50/150万円プラン	8,750	<input type="radio"/>	100/300万円プラン	10,000	<input type="radio"/>	200/600万円プラン	12,500	<input type="radio"/>	300/900万円プラン	15,000	<input type="radio"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <th>保険金額 (1事故/期間中)</th> <th>年間保険料 (単位:円)</th> <th>加入希望</th> </tr> <tr> <td>50/150万円プラン</td> <td>17,500</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>100/300万円プラン</td> <td>20,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>200/600万円プラン</td> <td>25,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>300/900万円プラン</td> <td>30,000</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> </table>	保険金額 (1事故/期間中)	年間保険料 (単位:円)	加入希望	50/150万円プラン	17,500	<input type="radio"/>	100/300万円プラン	20,000	<input type="radio"/>	200/600万円プラン	25,000	<input type="radio"/>	300/900万円プラン	30,000	<input checked="" type="radio"/>	【本年度保険期間】	【本年度保険料】	
	保険金額 (1事故/期間中)	年間保険料 (単位:円)	加入希望																																		
	50/150万円プラン	8,750	<input type="radio"/>																																		
	100/300万円プラン	10,000	<input type="radio"/>																																		
200/600万円プラン	12,500	<input type="radio"/>																																			
300/900万円プラン	15,000	<input type="radio"/>																																			
保険金額 (1事故/期間中)	年間保険料 (単位:円)	加入希望																																			
50/150万円プラン	17,500	<input type="radio"/>																																			
100/300万円プラン	20,000	<input type="radio"/>																																			
200/600万円プラン	25,000	<input type="radio"/>																																			
300/900万円プラン	30,000	<input checked="" type="radio"/>																																			
				12	×	12	=	30,000																													
				ヶ月				円																													
				※5/1加入の場合、12/12となります。																																	

※ 記入いただいた内容についてご連絡させていただく場合がございますので、ご担当者様をご記入ください。

部署名	ご担当者様	ご連絡先
【 経理課 】	【 損保 】	様 【 045-661-2713 】

保険会社使用欄(医賠コード)

お手続きのご案内

4月1日（金）締切

- ① お申込み: 加入依頼書 を神医社までFAXください。FAX番号:045-243-5451

【継続】～現在ご加入がある場合～

加入依頼書 に現在のご加入内容（保険料等）の記入があります。

- ※変更がない場合は申込日のみで結構です。
- ※訂正・変更がある場合は二重線で抹消の上、変更ください。
- ※訂正印は不要です。

【新規】～現在ご加入がない場合～

加入依頼書 に記載例をご参照の上必要事項をご記入ください。

- ② 保険料の払込み: 下記口座まで合計保険料をお振込みください。

- ※インターネットバンキング等にて同封の払込依頼書を使わずにお振込みいただくことも可能です。その場合は、同封の払込用紙「おなまえ」欄記載の5桁の数字を振込人名の先頭に入れてください。
- ※振込手数料はご依頼人負担でお願いします。

お振込先口座

神奈川県医師信用組合 本店 普通口座 971201 神奈川県医師会 各種団体保険制度

★ よくあるご質問

Q	A
「加入依頼書等のFAX」と「保険料の払込み」はどちらが先ですか。	どちらが先でも結構です。締切日の4月1日（金）までに「加入依頼書のFAX」と「保険料の払込み」の両方が揃って完了となります。
インターネットバンキングを利用した場合5桁の数字が入力できないのですが、振込人名義だけでもかまいませんか。	そのままお振込みいただいても結構です。但し正確に把握するため、個別に入金内容について、お伺いさせて頂く場合もございます。ご了承ください。
同封の振込依頼書を使用しないといけないでしょうか。	ご使用いただくずに、インターネットや他金融機関の用紙やATM等をご利用いただいても結構です。

【ご加入手続き前の最終確認事項】

ご確認後、をお願いいたします。

各医療機関様の最終確認項目としてご利用ください。

(この用紙自体を、送付いただく必要はありません。)

<ご確認事項>

- 5月1日加入の場合、申込締切・振込締切は、4月1日(金)となります。
- 「クレーム対応費用保険加入依頼書」に、必要事項をご記入ください。
 ※昨年度から修正がある場合は、二重線で抹消の上、変更ください(訂正印不要)。
 ※記載例は、本冊子内に掲載しております。
- 加入者証のお届けは、7月中旬頃になります。

<最終確認>(4月1日締切)

- 保険料の振込は完了しましたか？
 ※振込手数料はご依頼人負担となります。
 ※振込先口座は、同封の振込用紙または本冊子内掲載の口座をご確認ください。
- 「クレーム対応費用保険加入依頼書」はFAXしましたか？
 ※FAXのみ受け付けております。郵送は不要です。

問い合わせ先(保険会社等の相談・苦情・連絡窓口)

取扱代理店

株式会社神医社
 〒231-0037
 横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階
 TEL 045-231-7759 FAX 045-243-5451
 受付時間: 平日の午前9時から午後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 横浜市中区弁天通5-70
 TEL 045-661-2713 FAX 045-201-7252
 受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで
 (土・日・祝日・年末年始は、お休みとさせていただきます。)

※ 取扱代理店は引受保険会社との委託契約に基づき、お客さまからの告知の受領、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。したがって、取扱代理店とご締結いただいで有効に成立したご契約につきましては、引受保険会社と直接契約されたものになります。
 ※ このパンフレットは、概要を説明したものです。詳しい内容については、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。
 ※ 加入者証は大切に保管してください。また、4か月を経過しても加入者証が届かない場合は、損保ジャパンまでご照会ください。