

山梨医科大学／山梨大学医学部同窓会会員の皆様

「山梨医科大学／山梨大学医学部同窓会」では、令和8年度の医師賠償責任保険への加入申込みを受け付けています。この保険は学会等が斡旋している保険と同等の機能を有します。加えてこの保険は同窓会の運営を支える重要な事業となっており、ご加入いただくことにより、同窓会活動にご支援いただく形になります。同窓会員の方は是非ご利用ください。

加入を希望される方は、申込書を **4月10日(金)** (必着) までに同窓会事務局までお送りください。また、保険料は **口座振替** となりますので、同封の口座振替依頼書を併せてお送りください。医師賠償責任保険の詳細につきましては別紙「医師賠償責任補償制度のご案内」をご覧ください。

この保険は現在 1000 名以上の先生方にご加入いただいております。団体メリットを享受した **割引制度** (現在最大の 20%割引) を利用しております。加入は同窓会員であることが条件となりますが、非会員の場合でも本学関係者は賛助会員 (入会金・年会費なし) になることで加入が可能となります。未加入の方はぜひこの機会にご加入いただきますようよろしくお願い申し上げます。

産業医業務をなされる先生方へ…

「産業医保険」をおすすめいたします！

山梨医科大学／山梨大学医学部同窓会
会長 長田 高典

- * 令和3年度より **医師賠償責任補償制度** で対象とされない **産業医業務 (産業医、健康管理医、学校医または保育所等の嘱託医)** に従事する方向けの **保険制度** が新たにスタートしました。(年間保険料 5,000 円、本保険のみの加入も可)
- * 詳細につきましては、パンフレット「**産業保健専門業務 (産業医、健康管理医、学校医または保育所等の嘱託医)** に関する賠償責任保険のご案内」をご覧ください。
- * 昨今の情勢を鑑み、高額賠償に備える **Spタイプ (1事故3億円)** プランの加入をおすすめしております。
- * **解約・変更 (住所・補償内容・勤務先など)** のお申し出がない限り、**前年同条件のタイプでの自動継続** となります。変更ご希望の方は裏面の加入申込書に記入し事務局まで **FAX** または **メール** をお願いします。
- * また口座振替による引き落としがされなかった場合、保険未加入の状態となりますのでご注意ください。
- * 令和8年度の保険の期間は令和8年7月1日より令和9年7月1日です。(途中加入も可能です)
- * 7月1日より前に加入いただくこともできます (中途加入)。その場合は、事務局へお問い合わせください。
- * 4月10日(金)以降も申込受付可能です。ただし初回のみ保険料振込が必要となります。
- * ご契約の住所へ加入者証をお送りします。(7月末頃)
- * 変更・解約については書面の提出が必要です。

(取扱代理店)

株式会社 ピース (平日9時-17時)
原 武史 (原 妙々)
山梨県中巨摩郡昭和町上河東 543-56
TEL : 055-275-3424
FAX : 055-275-9070
e-mail : hshs@if-n.ne.jp

(事務局)

山梨大学 大村智記念学術館内
TEL : 055-220-8059
FAX : 055-220-8378
e-mail : dousou-med@yamanashi.ac.jp

医師賠償責任保険加入・変更申込書

ご注意) 加入申込書(付属書類も含まず)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目は危険に関する重要な事項であり、ご回答内容が事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

※産業医業務保険のみのお申込も可能です。

保険期間	令和8年7月1日から
	令和9年7月1日まで

前年度と同一のご加入内容で継続される場合、提出不要です。

新規申込または下記変更がある場合該当する項目に○印を付けてください。

- 新規 → 下記欄にご記入の上ご提出ください。(加入希望日 年 月 日)
- 住所変更 → 申込人欄に変更後の内容をご記入の上ご提出ください。
- 加入型変更 → 前年度のご加入型を変更して継続される方は、変更後の内容をすべてご記入の上ご提出ください。
- 口座変更 → 口座振替依頼書に変更後の内容をご記入の上、本加入申込票と口座振替依頼書をご提出ください。
- 非継続 → 申込人欄にご署名の上ご提出ください。
- 解約 → 申込人欄にご署名の上ご提出ください。(解約日 年 月 日)

※申出日以降の日付をご記入ください

氏名	フリガナ 保険契約についての重要な事項に関する説明書類を受け取り、内容について確認するとともに、個人情報の取扱に同意のうえ加入を申し込みます
学籍番号	学籍番号が不明の場合、卒業年をご記入ください
現住所 *加入者証の送り先となります。	〒
TEL(携帯)	
e-mail	
勤務先名称	
所属(医局・部署)	
会員区分 *該当区分にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 正会員 : 本学医学部卒業生 <input type="checkbox"/> 準会員 : 本学大学院卒業生(除く、正会員・特別会員) <input type="checkbox"/> 特別会員 : 本学の学長、副学長、教授、准教授、講師およびかつてその職にあった者(除く、正会員) <input type="checkbox"/> 賛助会員 : 本学において研究、研修に従事しているか、かつて従事していた者で本会に入会を希望する者
加入タイプ *ご希望のタイプを○で囲ってください	(Spタイプ) (Dxタイプ) (Aタイプ) (Bタイプ) (Cタイプ) (※Cタイプは日本医師会A会員の先生のみ)

医師賠償制度で対象とならない産業医業務(産業医、健康管理医、学校医または保育所等の嘱託医)に従事する方向けの保険制度(令和3年度より新たな制度としてスタートしています) ※加入希望の方は右下の「産業医業務保険に加入します」を○で囲ってください。

一連の損害賠償請求1億円 保険期間中3億円(1プランとなります) 年間保険料: 5,000円	<input checked="" type="checkbox"/> 産業医業務保険に加入します
--	---

※この保険契約で保険金のお支払い対象となる損害を補償する他の保険契約の有無。

- 無 有 有の場合、右記に詳細を記入()
 ※直近5年間に業務に起因して損害賠償請求を受けたことの有無。
 無 有 有の場合、右記に詳細を記入()
 ※貴職が行った業務について、今後損害賠償請求に発展する可能性のある事実の有無。
 無 有 有の場合、右記に詳細を記入()

注) ご連絡いただいた内容が、同窓会データベースと相違する場合、事務局で情報を更新させていただく場合がございます。予めご了承ください。なお、その場合、新たにいただいた情報の公開・非公開の意思の確認ができないので、一旦事務局で、閲覧非公開として登録させていただきます。会員は、一定期間を経たのちHPにログインすることで、または年一回総会案内送付に同封する登録状況連絡票にて、内容を確認することができます。

賛助会員となって加入をご希望の方

この保険は「山梨医科大学/山梨大学医学部同窓会」としての団体加入となりますので、同窓会への入会が必要となります。(賛助会員の方は同窓会への入会金・年会費はかかりません。)

以上をご確認のうえ、下記にご署名・押印をお願いいたします。

賛助会員として同窓会入会を申し込みます。氏名 _____

※同窓会からの刊行物をご希望の方は事務局までご連絡ください。

重要