

重要

2024年2月

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6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12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500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。

多数ご要望の声をいただいていた・・・

支払限度額1事故3億円タイプを追加します！

山梨医科大学／山梨大学医学部同窓会
会長 塚本 克彦

- * 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。
- * 令和3年度より**医師賠償責任補償制度**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が新たにスタートしました。(年間保険料5,000円)
- * 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。
- * 脱会・変更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ので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ご返送をお願いします。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6年度の保険の期間は令和6年7月1日より令和7年7月1日です。(途中加入も可能です)
- * ご契約の住所へ加入者証をお送りします。勤務先、住所の変更があった場合は下記連絡先へご連絡をお願いします。

(取扱代理店)	(事務局)
(株)ピース 原武史	山梨大学 大村智記念学術館内
TEL: 055-275-3424	TEL: 055-220-8059
FAX: 055-275-9070	FAX: 055-220-8378
e-mail: hshs@if-n.ne.jp	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(付属書類も含みます)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確認のうえご回答(記入)ください。

保険期間	令和6年7月1日から
	令和7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。
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。

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	印
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 学籍番号() <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)	(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)

重要

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	加入します
---	-------

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合右記に詳細を記入()
・この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約の有無。
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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、今後賠償請求に発展する可能性のある事実の有無。
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 _____ 印 _____

※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。