

日医医賠責特約保険

2026年7月 新規加入のご案内

加入を
おすすめする
日医A会員

法人（法人立診療所、99床以下の法人立病院および定員99名以下の介護医療院）の責任部分の賠償にも備えたい日医A会員

日医A会員以外の医師が起こした医療事故に対する、開設者・管理者としての賠償にも備えたい日医A会員

高額賠償の支払（1事故3億円、保険期間中9億円まで）に備えたい日医A会員

1. 支払限度額

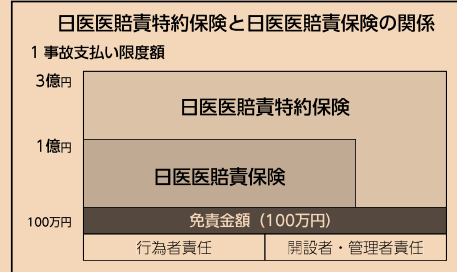
「日医医賠責保険」と合算して

1事故（同一の医療行為につき） 3億円
保険期間中 9億円

2. 保険期間

2026年7月1日から2027年7月1日までの1年間

（次年度以降は加入条件に変更のない限り自動継続となります）



3. 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

※掛金は都道府県医師会（一部地域によっては郡市区医師会）を通じて集金されます。

4. 加入依頼書記入について

- 「依頼日」「記名会員（日医A会員）」の各欄を記入し、開設者・管理者で法人を補償対象とする場合には「記名法人」欄を、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。
- 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。お手元に控えが必要な場合はコピーをした上で保管をお願いいたします。

5. 記入上の注意点

- 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・医療機関・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**医療機関名**や**法人名**（略称ではなく正式な登記名）の記入も必ずお願いいたします。
- 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。
- 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箇所以上の場合には、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」・「開設者区分」、そして病院や介護医療院（定員20名以上）の場合は「病床数・定員数」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。

6. 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。また、制度をご紹介します動画もございますので、右記QRコードからご視聴ください。

日本医師会
公式YouTube



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

法人立診療所の場合

日医賠償特約保険 加入依頼書

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、補償のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報取扱の取扱い」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記入のうえ、該当の〇印をなぞってください。

依頼日(西暦) 2026年〇月〇日 加入日 2026年7月1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 -

所属都府県医師会名	東京都	所属都府区医師会名	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
氏名	白 医 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	医療機関の種類	〇〇〇〇 (医師報酬の場合には住所系欄に必ず医療機関名称を記載)
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス(任意)	〇〇@〇〇.〇〇〇

(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)とする	<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない	法人名	アリヤホウジンズヤギン 〇〇カイ 医療法人社団 〇〇会
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇	記名会員(日医A会員)の法人における地位	TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(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 病院の病床数は医師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

施設	補償対象施設	あり	なし	補償対象施設数	1	施設
1	日医クリニック	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1	医療施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	開設者区分 個人立 法人立 病床数または介護医療院定員数(20名以上) 精神病床数 病床数または介護医療院定員数(20名以上)
2		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1	医療施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	開設者区分 個人立 法人立 病床数または介護医療院定員数(20名以上) 精神病床数 病床数または介護医療院定員数(20名以上)
3		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1	医療施設の種類 診療所 病院 介護医療院(19名以下) 介護医療院(20名以上)	開設者区分 個人立 法人立 病床数または介護医療院定員数(20名以上) 精神病床数 病床数または介護医療院定員数(20名以上)

保険期間(西暦) 2026年7月1日から 2027年7月1日まで 12ヶ月間
都道府県医師会 連番記入欄

掛金は、「ご案内」のとおりです。なお、確定した掛金は書面へ送付する「被保険者証」をもつてお知らせします。

勤務医個人加入の場合

日医賠償特約保険 加入依頼書

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、補償のとおり依頼いたします。
なお、「個人情報取扱の取扱い」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記入のうえ、該当の〇印をなぞってください。

依頼日(西暦) 2026年〇月〇日 加入日 2026年7月1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 -

所属都府県医師会名	東京都	所属都府区医師会名	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
氏名	白 医 はなこ	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	医療機関の種類	〇〇〇〇 (医師報酬の場合には住所系欄に必ず医療機関名称を記載)
TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス(任意)	〇〇@〇〇.〇〇〇

(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)とする	<input type="radio"/> する <input checked="" type="radio"/> しない	法人名	アリヤホウジンズヤギン 〇〇カイ
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都文京区本駒込〇-〇〇-〇	記名会員(日医A会員)の法人における地位	TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(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 病院の病床数は医師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

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

保険期間(西暦) 2026年7月1日から 2027年7月1日まで 12ヶ月間
都道府県医師会 連番記入欄

掛金は、「ご案内」のとおりです。なお、確定した掛金は書面へ送付する「被保険者証」をもつてお知らせします。

日医医賠責特約保険 加入依頼書

2026年7月加入専用

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)	2026年	月	日
---------	-------	---	---

加入日	2026年	7月	1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="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他	(医療機関の場合は住所末尾に必ず医療機関名を記載)
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="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 理事 <input type="checkbox"/> 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。

補償対象の医療施設

補償対象施設	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護医療院(19名以下) <input type="checkbox"/> 介護医療院(20名以上)	床・名 精神病床数 床	<input type="checkbox"/> 個人立 <input type="checkbox"/> 法人立
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="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護医療院(19名以下) <input type="checkbox"/> 介護医療院(20名以上)	床・名 精神病床数 床	<input type="checkbox"/> 個人立 <input type="checkbox"/> 法人立
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="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護医療院(19名以下) <input type="checkbox"/> 介護医療院(20名以上)	床・名 精神病床数 床	<input type="checkbox"/> 個人立 <input type="checkbox"/> 法人立

保険期間 (西暦)	2026年	7月	1日から
	2027年	7月	1日まで
			12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