

日本糖尿病学会会員の皆様へ

日本糖尿病学会の 団体保険制度

産業医等 活動保険

(嘱託医業務賠償責任保険)

中途加入が
可能！

保険期間

**2025年5月1日午後4時～
2026年5月1日午後4時(1年間)**

加入締切日

2025年4月18日締切

(詳細はP1をご覧ください。)

問い合わせ先

〈取扱保険代理店〉

株式会社カイトー ドクター営業部
〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-2-6

E-Mail:med-jds@kaito.co.jp

TEL:03-3369-8811/FAX:03-3369-8851

受付時間 平日午前9時から午後5時

〈引受保険会社〉

東京海上日動火災保険株式会社 (担当課)広域法人部法人第二課

〒102-8014 東京都千代田区三番町6-4

TEL:03-3515-4153

メール作成は
こちらから



産業医等活動保険とは

産業医等を対象とした賠償責任保険です。

下記対象となる活動に起因して発生した不測の事故について、医師個人が法律上の損害賠償責任を負担することにより被る損害を補償します。
被保険者(補償を受けることができる方)はご加入の産業医等の先生ご本人です。



対象となる活動

法令によって定められた以下の職務となります。

- 産業医 ●健康管理医 ●学校医 ●保育所等児童福祉法に定める嘱託医

加入できる方

日本医師会A会員以外で一般社団法人日本糖尿病学会の勤務医師賠償責任保険に加入している医師個人

※ 日本医師会A会員の先生はご加入いただけません。

加入手続きのご案内

| | | 新規加入 | 中途加入 |
|-------|---|---|------|
| 加入方法 | <p>①加入依頼書へご記入のうえ、(株)カイトへご提出 ※同封の返信用封筒をご提出ください。 ※会員番号欄に、日本糖尿病学会の会員番号を必ずご記入ください。</p> <p>②保険料のお振込み ※加入締切日までに着金するよう、下記振込先口座へお振込みください。</p> <p>ご加入内容をご確認ください</p> <p>ご加入いただく前に保険商品がご希望に合致した内容となっていることを再度ご確認ください。加入依頼書の記載事項等につきましては、裏表紙「加入依頼書記入例」にそってご確認いただき、記載漏れ・記載誤りがある場合は、追記・訂正をお願いいたします。</p> | | |
| 加入締切日 | 2025年4月18日(金) ●加入依頼書 必着 ●保険料(振込)着金 | 毎月20日 ●加入依頼書 必着 ●保険料(振込)着金 | |
| 保険期間 | 2025年5月1日 午後4時～ 2026年5月1日 午後4時 (1年間) | 加入締切日の翌月 1日午後4時～ 2026年5月1日午後4時 (例) 12月10日申込→ 1月1日から補償開始 | |
| 振込先口座 | みずほ銀行 本郷支店 普通 2888817 一般社団法人 日本糖尿病学会 | | |

詳細は下記取扱保険代理店までお問い合わせください。

〈取扱保険代理店連絡先〉

(株)カイト TEL:03-3369-8811 E-Mail:med-jds@kaito.co.jp

メール作成は
こちらから



産業医等活動保険

◆保険の内容

| 保険金をお支払いする場合 | お支払いする保険金の種類およびお支払い方法 | 保険金をお支払いできない主な場合 |
|---|--|--|
| 日本国内における産業医・学校医等の活動（職務）に起因して発生した不測の事故について、保険期間中に損害賠償請求がなされ、医師個人が法律上の賠償責任を負担することにより被る損害に対して保険金をお支払いたします。 | <p>(1)保険金の種類</p> <p>①法律上被害者に支払うべき損害賠償金（治療費、慰謝料、修理費 等） ※賠償責任の承認または賠償金額の決定に際しましては、あらかじめ引受保険会社の同意が必要になります。</p> <p>②訴訟や調停・示談等になった場合の弁護士報酬などの争訟費用 ※引受保険会社の書面による同意が必要になります。</p> <p>③賠償責任がないと判明した場合において、応急手当、護送、その他の緊急措置に要した費用および予め引受保険会社が書面により同意した費用</p> <p>④引受保険会社が被保険者に代わって賠償請求の解決に当たる場合において引受保険会社の求めに応じて、引受保険会社への協力のために支出した費用</p> <p>⑤他人から損害賠償を受けられる場合に、その権利の保全・行使手続き、またはすでに発生した事故に係る損害の発生・拡大の防止のために、引受保険会社の書面による同意を得て支出した必要または有益な費用</p> <p>(2)保険金のお支払い方法</p> <p>上記①の損害賠償金については、支払限度額を限度に保険金をお支払いたします。 上記②～⑤の費用については、原則としてその全額が保険金のお支払対象となります。ただし、②の争訟費用について、①損害賠償金の額が支払限度額を超える場合は、「支払限度額÷①損害賠償金」の割合によって削減して保険金をお支払いたします。</p> | <p>直接であるか間接であるかにかかわらず、次の事由に起因する損害または被保険者が次の賠償責任を負担することによって被る損害に対しては、保険金を支払いません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①保険契約者または被保険者の故意 ②戦争（宣戦の有無を問いません。）、変乱、暴動、騒じょうまたは労働争議 ③地震、噴火、洪水、津波または高潮 ④被保険者と他人との間に損害賠償に関する特別の約定がある場合において、その約定によって加重された賠償責任 ⑤被保険者が所有、使用または管理する財物の損壊について、その財物に対し正当な権利を有する者に對して負担する賠償責任 ⑥被保険者と同居する親族に対する賠償責任 ⑦被保険者の使用人が、被保険者の業務に從事中に被った身体の障害に起因する賠償責任 ⑧排水または排気（煙を含みます。）に起因する賠償責任 ⑨医療行為 ⑩次に掲げるものの所有、使用または管理 <ul style="list-style-type: none"> ア.自動車、原動機付自転車または航空機 イ.車両（原動力がもっぱら人力である場合を除きます。）、船舶または動物 ⑪故意または重過失による履行不能または履行遅滞 ⑫産業医等としての業務の履行の追完もしくは再履行、産業医等としての業務の結果自体の改善もしくは修補または産業医等としての業務に関する対価の返還 ⑬嘱託を受けていない間または嘱託が終了した後に被保険者が行った行為 ⑭被保険者の支払不能または破産 ⑮事実と異なることを知りながら、被保険者によって、または被保険者の指図により行われた口頭または文書もしくは図画等による表示 ⑯広告・宣伝活動、放送活動または出版活動 ⑰被保険者の使用人が被保険者のためにその事務を処理するにあたり、または自己の職務上の地位を利用して行った窃盗、強盗、詐欺、横領または背任行為に起因する賠償責任 ⑱被保険者またはその使用人その他被保険者の業務の補助者の犯罪行為（過失犯を除きます。）またはその行為が法令に反することもしくは他人に損害を与えるべきことを認識しながら（認識していたと判断できる合理的な理由がある場合を含みます。）行った行為（不作為を含みます。）に起因する賠償責任 ⑲特許権、著作権または商標権等の知的財産権の侵害に起因する賠償責任 ⑳業務の結果を保証することにより加重された賠償責任 ㉑他人の財物の紛失、盗取もしくは詐取に起因する賠償責任 <p>等</p> |

MEMO

MEMO

加入依頼書記入例

日本糖尿病学会 御中

日本糖尿病学会 産業医等活動保険 加入依頼書

「ご加入時の確認事項」： 私は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
①私が保険契約者である企業または団体の構成員であること。②裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することができます。ご加入後に☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じた場合は、遅滞なく取扱保険代理店または引受保険会社に連絡ください。ご連絡がない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いきれないことがあります。

| | |
|----------------------|---|
| 加入依頼日 | ●年 ●月 ●日 |
| ☆ 加入者氏名 (被保険者) | フリガナ カイトウ タロウ 開東 太郎 |
| 加入者 住所 | フリガナ トウキョウトシンジュククニシシンジュク 7-2-6 〒 160-0023 東京都新宿区西新宿7-2-6 TEL 03(3369)8811 |
| メールアドレス | med.lia-ins @ kaito.co.jp 学会会員番号 12345678 |
| 勤務先名称 | フリガナ トウカイニチドウ 東開日動 病院 ● ● 科 |
| 勤務先 住所 | フリガナ チヨダクサンバンチヨウ 6-4 〒 102-8014 千代田区三番町6-4 TEL 03(3515)4153 |

本依頼書記入日をお書きください。

会員番号を必ずご記入ください。

自宅・勤務先どちらのメールアドレスでも結構です。

| | |
|-----------------|--|
| ご希望の お取扱い | <input checked="" type="radio"/> 新規加入 <input type="radio"/> 中途加入 |
| 保険期間 | 2025年5月1日午後4時～2026年5月1日午後4時 |
| 中途加入日(補償開始日)(*) | 年 月 1 日 |

(*) 中途加入の場合のみご記載ください。

ご注意：日本医師会A会員の先生はご加入いただけません。

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| 告知事項申告書 どちらかに○をお付け下さい | 1 本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)。 | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| | 2 本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実がすでに発生していることを知っていますか(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。)。 | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | |
| 上記1.2のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入 () | | | |
| ★他の保険契約等(※共済契約を含みます) | あり | 会社名 | 保険等の種類 |
| | なし | 満期日 | 支払限度額(保険金額) |

告知事項にご回答ください。