

## 全医協連

## 医療機関 福利厚生傷害補償制度

## &lt;傷害総合保険&gt;

通勤中や仕事中に  
先生や大切な従業員が  
ケガをしてしまったら…

大地震や大津波で  
先生や大切な従業員が  
ケガをしてしまったら…

そんな  
不安を抱えている  
先生方に！

万が一針刺し事故等により  
HBV、HCV、HIVに  
感染したら…  
(針刺し事故等による感染症危険補償特約セット)

万が一、  
医療機関(クリニック)に  
お勤めの皆さんが  
特定感染症に感染したら…

団体割引  
30%適用

医師および  
看護師の2人に1人が  
毎年針刺し・切創事故を  
経験しています!!

出典:  
2002年厚生労働科学研究費補助金総括研究報告  
「医療従事者における針刺し・切創の実態と  
その対策に関する調査」

## 保険料計算例

医療法人Aクリニック様の場合…医師1名、看護師2名、事務員2名（合計5名）

(保険期間1年、職種級別A級、団体割引30%、天災危険補償特約セット + 特定感染症補償制度\*)

## ■保険料と補償範囲

|     | 人数 | ご加入口数 | 基本補償<br>24時間補償 | 針刺し事故等補償制度*<br>(針刺し事故等による感染症危険補償特約) | 月払保険料   |
|-----|----|-------|----------------|-------------------------------------|---------|
| 医師  | 1名 | 10口   | ○              | ○                                   | 3,600円  |
| 看護師 | 2名 | 5口    | ○              | ○                                   | 4,000円  |
| 事務員 | 2名 | 5口    | ○              | ×                                   | 3,200円  |
| 計   | 5名 |       | —              | —                                   | 10,800円 |

医療法人  
Aクリニック様  
月払合計保険料  
**10,800円**

## ■保険金額(1名あたり)

|     | 基本補償 24時間補償 + 特定感染症補償制度* (特定感染症危険補償特約)<br>特定感染症補償制度* (特定感染症危険補償特約)の場合、特定感染症による死亡、手術はお支払いの対象とはなりません。 |         |          |         |        | 針刺し事故等補償制度*<br>(針刺し事故等による感染症危険補償特約) |
|-----|---|---------|----------|---------|--------|-------------------------------------|
|     | 死亡・後遺障害   | 入院日額    | 入院中の手術   | 外来の手術   | 通院日額   |                                     |
| 医師  | 1,000万円   | 10,000円 | 100,000円 | 50,000円 | 6,000円 | 1,000万円                             |
| 看護師 | 500万円   | 5,000円  | 50,000円  | 25,000円 | 3,000円 | 1,000万円                             |
| 事務員 | 500万円   | 5,000円  | 50,000円  | 25,000円 | 3,000円 | ×                                   |

\* 特定感染症補償制度とは、傷害総合保険に特定感染症危険補償特約を付帯した契約のペッターネームです。

\* 針刺し事故等補償制度とは、傷害総合保険に針刺し事故等による感染症危険補償特約を付帯した契約のペッターネームです。

## 【保険契約者】全国医師協同組合連合会

この保険は、全国医師協同組合連合会を契約者とする針刺し事故等による感染症危険補償特約、  
および特定感染症危険「後遺障害保険金、入院保険金および通院保険金」補償特約等をセットした団体傷害総合保険です。

# 医療機関 福利厚生傷害補償制度 連絡票

いわて 医師協同組合 行 FAX

下記に必要事項をご記入ください。

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| ご記入日 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|

ご希望の項目をお選びください

加入したい  パンフレットを送ってほしい  内容を知りたいので連絡してほしい

その他( )

|       |        |
|-------|--------|
| ご住所   | 〒<br>— |
| 医療機関名 |        |
| カナ    |        |
| お名前   |        |
| 連絡先   | TEL    |
|       | E-mail |

《お見積もりの際の必要項目》※有り、無しどちらかをお選びください。

1 医師

|                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | × | <input type="checkbox"/> | 人 |
| <input type="checkbox"/> | × | <input type="checkbox"/> | 人 |

2 医療従事者(医師以外)

|                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | × | <input type="checkbox"/> | 人 |
| <input type="checkbox"/> | × | <input type="checkbox"/> | 人 |

3 事務員

|                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | × | <input type="checkbox"/> | 人 |
| <input type="checkbox"/> | × | <input type="checkbox"/> | 人 |

## ◆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う商品・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等を契約者に対して提供することができます。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/>)をご覧いただくか、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。

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。

◆このチラシは、医療機関 福利厚生傷害補償制度の概要を説明したものです。詳しくは取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせください。

取扱代理店

引受保険会社 担当営業店

**損害保険ジャパン株式会社**