

平成20年10月

## 【 医師賠償責任保険 】のご案内

エイズ治療薬研究班

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素よりお引き立てを賜り、有難く厚く御礼申し上げます。

さて『エイズ治療薬研究班』発足以来、メンバーの先生方に「医師賠償責任保険」を別紙の通りご案内申し上げます。本保険は、先生方の医療行為によって患者の生命・身体を害した事について、法律上の賠償責任が発生した場合に、損害賠償金や争訟費用等を保険金としてお支払いするものでございます。

今回のご案内におきましては、厚生労働省と東京海上日動火災保険（株）との間で、**特に「エイズ治療薬研究班」の活動による賠償事故についても、本保険で補償する事を確認の上**、保険のお引受けをさせていただいております。

つきましては、別紙の内容をご確認の上、ご利用下さいますようお願い申し上げます。

敬 具

### 【医師賠償責任保険のご説明】

#### 1. この保険で補償される損害

この保険にご加入された先生が、日本国内で行った医療行為（エイズ治療薬にかかわらず通常の医療行為も含まれます）によって患者（医療行為の対象者）の生命・身体を害した事について、法律上の損害賠償責任を負担した場合に、損害賠償金や争訟費用を保険金としてお支払いします。

ただし、患者の生命・身体を害したという事実が、この保険のご契約期間（保険期間）中に発見された場合に限りです。（原因となった医療行為が保険期間中に行われたか否かを問いません。）

※「医療行為」の中には、輸入エイズ治療薬を使用して治療を実施する今回のプロジェクトを含みます。なお、既に一般の医師賠償責任保険に加入されている場合はそちらの保険でも補償される可能性がありますので、ご加入の保険会社にご確認下さい。

#### 2. お支払いする保険金の種類

①損害賠償金（治療薬、逸失利益、慰謝料等）

②争訟費用（訴訟費用、弁護士費用、通信費）

争訟費用は、この保険に加入された先生に最終的に賠償責任がないと認定された場合にもお支払い致します。

#### 3. 保険期間

ご契約日（着金確認日）から1年間となります。（毎年、保険契約を更新して頂きます。）

#### 4. この保険で補償されない主なケース

①この保険に加入された先生の故意

②地震、噴火、洪水、津波等の天災

③医療施設の欠陥、管理の不備に起因する事故

（例：診察室内の暖房装置が爆発して患者や見舞客が怪我をした。）

④名誉毀損または、秘密漏洩による賠償責任

⑤医療の結果を保証する事によって加重された賠償責任

## 5. 補償限度額

保険金は、次の額を限度として支払われます。

- 1 事故についての限度額 **1億円**  
保険期間中通算の限度額 **3億円**

## 6. 保険料

この保険に加入される先生（勤務医師）1名につき **50,820円**  
加入される先生が、病院・診療所の開設者の場合は、別途ご相談下さい。

## 【ご加入手続き】

- ご加入を希望される先生は、下欄の加入依頼書に必要事項をご記入の上、下記申込み先にFAXしていただきますよう、宜敷くお願い申し上げます。
- 保険料は、お手数ですが下記口座へお振込の程、お願い致します。

### 【お申込み先・お問い合わせ先】

東京海上日動火災保険株式会社 代理店 株式会社 東海日動パートナーズ・アソシエーション 担当 岡田 利之 TEL 03-5209-6301 FAX 03-5295-0005
--

### 【保険料振込口座】

三菱東京UFJ銀行 神田駅前支店 普通口座 口座番号 1095034 口座名義 東京海上 代理店 東海PA
---

※加入依頼書到着後、保険申込書をお送り致しますので、ご記入・ご捺印の上、返信封筒にてご返送の程、宜敷くお願い申し上げます。

※保険料が、上記口座に着金した日をご契約日・保険の開始日とさせていただきます。

※保険開始日を指定する事も出来ますので、指定する際にはご連絡下さい。

### 切り取り線

エイズ治療薬研究班メンバー（メンバー・非メンバー）どちらかに○して下さい。

加入依頼書（FAX 03-5295-0005）

（株）東海日動パートナーズ・アソシエーション 行

フリガナ ご氏名		生年月日 年 月 日
ご住所	〒	電話番号 - -
病院名		所属
病院住所	〒	電話番号 - -