

「医療機関サイバー保険」更新申込書

住 所：〒

施 設 名：

担当者名：

TEL () -

FAX () -

① 下記内容で、**継続** ・ **変更** いたします。

(継続・変更のどちらの場合も、別紙の告知書が必要となります)

ご希望のタイプ に☑してください	保 険 金 額		病床数等をご記入ください			
	損害賠償	事故対応 特別費用	一般医院 診療所	病 院		介護老人 保健施設 (定員数)
				一般病床	一般病床以外	
<input type="checkbox"/> H1	1,000万円	500万円	○ ※一般医院・ 診療所の場 合は丸で囲 んでください。	床	床	名
<input type="checkbox"/> H2	3,000万円	500万円		床	床	名
<input type="checkbox"/> H3	5,000万円	1,000万円		床	床	名
<input type="checkbox"/> H4	1億円	3,000万円		床	床	名
<input type="checkbox"/> H5	2億円	3,000万円		床	床	名
<input type="checkbox"/> H6	1億円	5,000万円		床	床	名
<input type="checkbox"/> H7	2億円	5,000万円		床	床	名

②サイバー保険を **中止** します。

※保険料は、告知内容によって変わります。

※更新申込書と告知書をFAXでお送りください。後日、正式な保険料をご案内いたします。

※告知書は、FAX送信後、原本に押印されまして必ずご郵送ください。

申込締切日 令和5年6月9日(金)

医療機関用サイバー保険 質問書兼告知書

<ご注意>

この質問書兼告知書は、業務過誤賠償責任保険普通保険約款第9条(告知義務)に規定する「保険契約申込書等の記載事項」に該当しますので、すべての項目について正確にご記入くださいますようお願いいたします。ご申告内容に事実と異なる記載がある場合には、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

ご契約の際には、保険契約の締結に先立ち、この質問書兼告知書の記名・捺印欄に必ず代表者の署名または記名・捺印をお願いいたします。

なお、本質問書兼告知書の内容について、引受保険会社が事故発生時に利用することおよびコンサルティング会社へ内容を開示することがありますので、あらかじめご了承ください。

【ご署名欄】

この質問書兼告知書に記載する内容について相違ありません。

ご記入者(被保険者の代表者)の署名または記名・捺印

(印)

<ご記入日>

年 月 日

代表告知の場合

代表者が全ての被保険者を代表して、全ての被保険者につき、以下の告知事項に関して確認します。

1. 貴院について

貴院に関する次の項目を記載してください。

医療施設名称	
医療施設所在地	
貴院URL	

貴院が病院または介護老人保健施設の場合は、次の項目を記載してください。 ※1

病院	一般病床数	
	一般病床以外の病床数	
	合計	
介護老人保健施設	定員数	

貴院が診療所の場合は、次の項目にチェックを記載してください。 ※1

施設区分	一般診療所	
------	-------	--

喪失利益・営業継続費用の補償をご希望の場合は、次の項目を記載してください。(オールリスクプランのみ付帯可能)

営業利益 経常費 ※2	貴院の直近1年間の営業利益・経常費の合計をご記入ください。(千円単位) ※3	
----------------	--	--

※1 代表告知の場合、各被保険者毎に「医療施設説明細書」へご記入ください。

※2 「経常費」とは、会計上の営業費用のうち固定費であり、事故の有無にかかわらず営業を継続するために支出を要するすべての費用をいいます。

※3 代表告知の場合、各被保険者毎に別紙Ⅲにご記入ください。

2. 貴院のセキュリティについて

貴院のセキュリティ状況に関しまして、あてはまるものをご回答ください。ご加入を希望されるプランがオールリスクプランの場合と情報漏えい限定プランの場合で回答項目が異なります。それぞれ●のついた項目をご回答ください。

No	確認内容	ご回答	回答対象	
			リ オ ス ク ル	漏 え い 情 報
1	過去5年以内に、この保険で補償される事故が発生したことがありますか。 ②ありの場合は、「別紙Ⅰ」に事故の概要、損害額、再発防止策をご記入ください。 (*過去5年以内とは、新規の場合は告知日から起算、更改の場合は更改日からの起算とします。	<input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり	●	●
2	派遣従業員を受け入れている場合、派遣元との契約書において、派遣従業員が貴院に個人情報漏えいを含む損害を発生させた場合、派遣元に対し賠償請求する意思がある旨を明確に表示していますか。	<input type="checkbox"/> ①表示している。または派遣従業員を受け入れていない。 <input type="checkbox"/> ②表示していない	●	●
3	情報処理等の目的で、貴院以外の者へ個人データを委託する場合、その者との間で締結する契約書・仕様書には、ITサービスの品質や情報セキュリティ上の観点から機密保持について定めていますか。	<input type="checkbox"/> ①記載している。または外部へデータ委託していない。 <input type="checkbox"/> ②記載していない	●	●
4	情報セキュリティに関連する認証を取得していますか。 認証を取得している場合は、その認証を「別紙Ⅱ」にご記入ください。 ※ISMS、ISO27000シリーズ、ISO15408、プライバシーマーク等	<input type="checkbox"/> ①認証を取得している <input type="checkbox"/> ②認証を取得していない	●	●
5	すべての従業員に最新の業務手順や情報セキュリティなどを認識させるための計画的な教育や指導を定期的に行っていますか。	<input type="checkbox"/> ①実施している <input type="checkbox"/> ②実施していない	●	
6	以下のいずれかのセキュリティを講じていますか。講じている場合は、その個数を選んでください。 A 不正アクセス、改ざんを検知するために、運用環境や運用データに対して定期的にログを点検するなどの対策を実施している。 B 情報システムやネットワーク機器に対して、ウイルス対策ソフトの導入、バージョンアップまたはパッチの適用など適切な対策を実施している。 C 重要なデータや情報システムへのアクセスには、ログイン認証やアクセス制御など適切な対策が実施されている。 D 退職した従業員のアカウントが存在することがないなど、アカウント(ID、パスワードなど)とそのアクセス制限が定期的に見直されている。 E リモートアクセスを行なう場合、ユーザ認証システムを使用している。	<input type="checkbox"/> ①1個 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個 <input type="checkbox"/> ⑤5個 <input type="checkbox"/> ⑥該当なし	●	
7	個人情報の保護に関する法律の施行等を受け、個人情報の取り扱いに関するコンプライアンス策定チームがありますか。	<input type="checkbox"/> ①あり <input type="checkbox"/> ②なし		●
8	個人情報保護のための「内部規定」を運用していますか。 (※)「内部規定」とは、次のAからFまでのすべての事項を規定するものをいいます。 A. 各部門および階層における個人情報を保護するための権限および責任 B. 個人情報の収集、利用、提供および管理 C. 本人からの個人情報に関する開示、訂正および削除の要求への対応方針 D. 個人情報保護に関する教育 E. 個人情報保護に関する監査 F. 内部規定の違反に関する罰則(外部への漏えいだけでなく、規定に反し持ち出したことに対する罰則)	<input type="checkbox"/> ①策定し継続的に運用している <input type="checkbox"/> ②策定していない		●

※7・8は回答不要です。

別紙Ⅰ

別紙Ⅱ

認証名:
認証交付機関:
認証番号:
認証有効期間:

別紙Ⅲ(・・・代表告知をする場合の営業利益・経常費の申告)

被保険者名	営業利益(千円)	経常費(千円)	合計(千円)

用語の解説(五十音順)

用語	告知書No	解説
パッチ	6	コンピュータにおいてプログラムの一部分を更新してバグ修正や機能変更を行なうためのデータのこと
プライバシーマーク	4	個人情報保護に関して一定の要件を満たした事業者に対し、個人情報保護団体である日本情報経済社会推進協会(JIPDEC)により使用を認められる登録商標のこと。
ユーザ認証システム	6	ユーザを認証して特定し、ネットワークシステムのセキュリティレベルを高めるために使用されるシステムのこと。ユーザIDやパスワードなどの組み合わせにより、ログインしたユーザが、ネットワークの利用可能ユーザであるかどうかを識別する。

3. 貴院のセキュリティについて(詳細)

以下は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(厚生労働省作成)」に基づく貴院のセキュリティ状況に関する質問です。
ご加入プランを問わず設問内容について、当てはまる項目は「はい」、当てはまらない項目および不明項目は「いいえ」をご回答ください。

No	確認内容	ご回答
9	医療情報システムの安全管理に関する方針を策定していますか(※)。 (※)次に掲げる事項を定めること。 ・理念(基本方針と管理目的の表明) ・医療情報システムで扱う情報の範囲 ・情報の取扱いや保存の方法及び期間 ・不要・不法なアクセスを防止するための利用者識別の方法 ・医療情報システム安全管理責任者 ・苦情・質問の窓口	<input type="checkbox"/> ①策定している <input type="checkbox"/> ②一部策定している <input type="checkbox"/> ③策定していない
10	医療情報システムで扱う情報を全てリストアップしていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
11	リストアップした情報を、安全管理上の重要度に応じて分類し、常に最新の状態を維持していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
12	リストアップした情報は、医療情報システム安全管理責任者が必要に応じて速やかに確認できる状態で管理していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
13	医療情報システムに関する全体構成図(ネットワーク構成図・システム構成図等)、及びシステム責任者一覧(設置事業者等含む)を作成し、常に最新の状態を維持していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
14	個人情報参照可能な場所においては、来訪者の記録・識別、入退制限等の入退管理を定めていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
15	運用管理規程等において次の内容を定めていますか。 ・医療機関等の体制 ・契約書・マニュアル等の文書の管理方法 ・リスクに対する予防措置、発生時の対応の方法 ・機器を用いる場合は機器の管理方法 ・個人情報の記録媒体の管理(保管・授受等)の方法・患者等への説明と同意を得る方法 ・監査 ・苦情・質問の受付窓口	<input type="checkbox"/> ①策定している <input type="checkbox"/> ②一部策定している <input type="checkbox"/> ③策定していない
16	個人情報が保存されている機器の設置場所及び記録媒体の保存場所には施錠していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
17	個人情報が保存されている機器が設置されている区画への入退管理を実施していますか(※)。 (※)次に掲げる事項を定めること。 ・入退者に名札等の着用を義務付ける。 ・台帳等によって入退者を記録する。 ・入退者の記録を定期的にチェックし、妥当性を確認する。	<input type="checkbox"/> ①策定している <input type="checkbox"/> ②一部策定している <input type="checkbox"/> ③策定していない
18	情報管理上重要な区画に防犯カメラ、自動侵入監視装置等を設置していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
19	医療情報システムへのアクセスにおける利用者の識別・認証を行っていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
20	利用者の職種・担当業務ごとに、アクセスできる診療録等の範囲(アクセス権限)を定め、アクセス権限に沿ったアクセス管理を行っていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
21	無線 LAN を利用する場合、適切な利用者以外に無線 LAN を利用されない対策、不正アクセス対策等を実施していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
22	サーバ室等の安全管理上重要な場所では、モニタリング等により従業者の行動を管理していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
23	情報破棄に当たり手順(破棄を行う条件、破棄をおこなうことができる従業員、具体的な破棄方法等)を定めていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
24	メンテナンスを実施するためにサーバに保守事業者の作業員(保守要員)がアクセスする際には、保守要員の専用アカウントを使用させ、個人情報へのアクセスの有無並びに個人情報にアクセスした場合の対象個人情報及び作業内容を記録していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
25	保守事業者と守秘義務契約を締結していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
26	保守作業は医療機関等の関係者の立会いの下で行っていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
27	情報及び情報機器の持ち出し、持ち出した情報及び情報機器の管理方法について定めていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
28	非常時における対応(医療情報システムの障害時の対応を含む)に関する教育及び訓練を従業者に対して行っていますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ