

医療関連サービスマーク認定事業者向け 情報漏えい保険 “保険料お見積シート”

ご注意 点 この “保険料お見積シート” は、必ず事業者 (=ご法人) 全体について、ご回答願います。

1. 事業概要についてのご質問

① 事業者名 (=ご法人名) ※代表者名もご記入願います。	
② 直近会計年度の年間売上高 ※単位: 万円 ※事業所 (=ご法人) 全体の年間売上高 (前会計年度) をご記入ください。	_____ 万円
③ 医療関連サービスマーク認定事業以外の事業を行っている場合、その事業内容	
④ 所在地	〒 □□□-□□□□
⑤ ご連絡先	TEL: () FAX: ()
⑥ ご担当者のお名前	
⑦ 情報漏えいに限定しないサイバー保険のお見積	希望する ・ 希望しない

注①: ご加入に必要な書類一式 (加入依頼書を含みます。) は、保険料を FAX にて回答の後、ご郵送させていただきます。

注②: ご加入の際には、加入依頼書と “保険料お見積シート” (原本) を提出して頂きます。

<引受保険会社> 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課

〒 160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1 TEL: 03-3349-5137 FAX: 03-6388-0154

2. 情報セキュリティの管理状況についてのご質問

※ 個人情報の取扱状況に応じまして、告知内容欄にチェックをお願いします。

※ 告知内容欄における該当する項目について印をつけてください。ご不明な項目や、該当のない項目は 「いいえ」 としてください。

番号	確認事項	回答内容		
1	派遣を含む全従業員に対して、採用、退職の際に本人または派遣会社等と守秘義務に関する書面を取り交わすことで、情報セキュリティに関する就業上の義務を明確にしている。	はい	いいえ 該当なし	不明
2	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実施している。	はい	いいえ 該当なし	不明
3	サイバーセキュリティリスクを経営リスクの一つとして認識し、組織全体での対応方針 (セキュリティポリシー) を策定している。	はい	いいえ 該当なし	不明
4	サイバーセキュリティ対策を行うため、経営者とセキュリティ担当者をつなぐ仲介者としての CISO 等からなる適切なサイバーセキュリティリスクの管理体制を構築し、各関係者の責任が明確になっている。	はい	いいえ 該当なし	不明
5	事故発生時に、迅速に影響範囲や損害を特定するために、初動対応マニュアルの策定や組織内の CSIRT 構築など体制整備を行なっている。	はい	いいえ 該当なし	不明
6	委託先から提供されるサービスまたは委託元へ提供するサービスが、契約に基づいた内容となっているか監査やレビューなどによって適切な管理が行なわれている。	はい	いいえ 該当なし	不明
7	情報システムやネットワーク機器に対して、ウィ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。	はい	いいえ 該当なし	不明
8	業務システムの開発・運用において、重要なデータの保護機能や入力データの妥当性などセキュリティ要件を定め、その要件を適切に実施している	はい	いいえ 該当なし	不明
9	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。	はい	いいえ 該当なし	不明

番号	確認事項	回答内容		
10	サイバーインシデント発生時の復旧および事業継続の計画（BCP）プランを策定しており、定期的な訓練を実施している。	はい	いいえ 該当なし	不明
11	社内からのすべてのインターネット接続およびDMZと内部ネットワーク境界との間に、ファイアウォールなどを設置し、適切な設定をしている。	はい	いいえ 該当なし	不明
12	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	はい	いいえ 該当なし	不明
13	インターネット上で商品の売買および決済を行うなど重要な情報をやり取りする場合、SSLによる暗号化が行われている。	はい	いいえ 該当なし	不明
14	サイバー攻撃を受けた場合に被害の拡大を防止するために、攻撃元のIPアドレスの特定と遮断、DDoS攻撃に対して自動的にアクセスを分散させる措置またはバックアップによるデータの復元などを講じる体制を整えている。	はい	いいえ 該当なし	不明
15	インターネット等の通信手段を利用した非対面の取引を行う場合に、以下のいずれかのセキュリティの確保を講じている。講じている場合は、その個数をご記載ください。（0～5） ①可変式パスワードや電子証明書など、固定式のID・パスワードのみに頼らない認証方式 ②取引に利用しているPCとは別の携帯電話等の機器を用いるなど複数経路による取引認証 ③ハードウェアトークン等でトランザクション署名を行うトランザクション認証 ④電子証明書をICカード等、取引に利用しているPCとは別の媒体・機器へ格納する方式 ⑤不正なログイン・異常な取引等を検知し、速やかに利用者に連絡する体制の整備	個数をご記入 ください		不明
16	全社的な暗号化ポリシー（方針）が存在し、適用されている。	はい	いいえ 該当なし	不明
17	情報セキュリティに関連する認証を取得している。 ※ ISMS、ISO27000シリーズ、ISO15408、プライバシーマーク等	はい	いいえ 該当なし	不明
18	過去5年において、この保険で補償される事故が発生していない。	はい	いいえ 該当なし	不明
19	現在この保険で補償される事故が発生する可能性がある状況、事実、事情を認識していない。	はい	いいえ 該当なし	不明

※ 告知内容欄における該当する項目について印をつけてください。

※ 告知書の回答内容によってはご加入できない可能性があります。

※ 本告知書の回答に基づく保険契約は令和3年10月1日以降を保険始期とする契約について有効となります。

<ご注意>

この告知事項等申告書は、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「保険契約申込書およびその付属書類の記載事項」に該当し、保険契約締結時における告知書として保険証券に添付されますので、全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。

この保険契約が初年度契約である場合、保険契約者または被保険者がこの保険が対象とする事故の発生または事故のおそれが生じたことを保険期間の開始時より前に知っていたもしくは知っていたと合理的に推定される事故に対しては、保険金をお支払いできません。また、この保険契約が継続契約の場合、保険契約者または被保険者が事故の発生または事故のおそれが生じたことをこの保険契約が継続されてきた最初の保険期間の開始時より前に知っていたもしくは知っていたと合理的に推定できる事故に対しては、保険金をお支払いできません。

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、この告知事項等申告書に代表者の署名または記名、捺印をお願いします。

告知事項等申告書ご記載日：令和 年 月 日

法人名および代表者名・代表者印：

(印)

※1 申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱に同意します。

※2 記載日も忘れずにご記入をお願いします。



取扱代理店 (有) 医療・介護支援サービス 行
FAX : 03-3222-5710

