

まずはお見積のためにこちらをFAXしてください → FAX: 03-5989-0601 TEL: 03-6837-8851

(取扱代理店：損保ジャパンパートナーズ株式会社 カスタマーサポート第一部 行)

医療関連サービスマーク認定事業者向け
「サイバー保険」保険料見積り依頼兼申告書

ご注意 点 この“保険料見積り依頼兼申告書”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 マーク認定業務	
④ 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	
⑤ 所在地 (お見積もり送付先住所)	〒 □□□-□□□□
⑥ ご連絡先	TEL : () FAX : ()
⑦ ご担当者のお名前	

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「サイバー保険」保険料見積り依頼兼申告書 (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。

①組織的安全管理、契約・管理

No.	質問内容	回答内容	
1	派遣を含む全従業員に対して、採用、退職等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し、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
2	すべての従業員に最新のサイバーセキュリティに関するルール、情報管理等を認識させるための計画的な教育・指導を年に1回以上、定期的に実施している。	はい	いいえ
3	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
4	サイバーセキュリティに関する事故の発生時に、迅速に初期対応を実施するための初動対応マニュアルの策定、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

②情報管理・アクセス制御

No.	質問内容	回答内容	
5	重要な情報 (個人情報、機密情報等) を含むデータまたは書類は、アクセス制御されたサーバ内または施錠されたラック内に保管されている。	はい	いいえ

6	情報システム、ハードウェアその他記憶媒体に保存している重要な情報（個人情報、機密情報等）は、廃棄時点のみではなく、不要となった時点で削除することを規定し、削除の実施状況について、年1回以上、点検・監査を実施している。	はい	いいえ
7	重要なデータおよび情報システムへのアクセスには、ログイン認証、アクセス制御等の適切な対策が実施されている。	はい	いいえ
8	業務利用している情報および情報システムに対するアクセス制御について、規定されたルールに基づき、不要・変更となったアカウント（退職した従業員のもの等）が残存することがないようにID・パスワードの登録、削除またはアクセス権限の変更を適切に管理している。	はい	いいえ
9	従業員のテレワーク等、外部から社内の業務システムへのリモートアクセス、システム管理担当やシステム業者のネットワーク機器等へリモートアクセスする際のアカウント認証には、多要素認証方式を採用している。 ※社外からのリモートアクセスを禁止している場合は「はい」を選択ください。	はい	いいえ
10	インターネットを介してやり取りする重要なデータには、VPN（Virtual Private Network）を利用する、専用線を構築するなど適切な保護対策を実施している。	はい	いいえ

③技術的安全管理措置

No.	質問内容	回答内容	
11	システム機器およびソフトウェアに対して、アンチウィルスソフトまたはマルウェア対策のソフトを導入し、常にツールを最新化（バージョンアップ、修正パッチの適用、機能設定の見直し等）して運用している。	はい	いいえ
12	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
13	不正なアクセスの検知・遮断のために、IPSまたはIDS（不正侵入防御／検知システム）を導入し、常にツールを最新化（バージョンアップ、修正パッチの適用、機能設定の見直し等）して運用している。	はい	いいえ
14	WEBサイト等のWEBアプリケーションに対するサイバー攻撃の防御のために、WAF（Web Application Firewall）を導入し、常にツールを最新化（バージョンアップ、修正パッチの適用、機能設定の見直し等）して運用している。	はい	いいえ
15	自社のホームページおよび運営するWEBサイト（商品の売買および決済を伴うものを含みます）のすべてについて、SSLによる暗号化を行っている。 ※ホームページ・WEBサイトが一切ない場合は、「はい」を選択してください。	はい	いいえ

- ※ 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8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>

この保険料見積り依頼兼申告書は、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、この保険料見積り依頼兼申告書に代表者の署名または記名、捺印をお願いします。

保険料見積り依頼兼申告書ご記載日：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 損保ジャパンパートナーズ株式会社 カスタマーサポート第一部 行

FAX：03-5989-0601