

## 払込取扱票で申込み（郵便局払込）

本会専用の払込取扱票、または郵便局備え付けの払込取扱票にて払込みをしてください。

本会専用の払込取扱票をご希望の方は、各都道府県薬剤師会事務局、または本会総務部 会計・厚生課 損害保険担当（03-3353-1190）までご請求ください。新たに入会された会員の方にお送りする「入会キット」にも同封しています。

**払込みの翌日から補償開始となりますので、お急ぎの場合は郵便局備え付けの【払込取扱票】をご利用ください。**

払込時期によって保険料が異なります。詳しくはパンフレットをご覧ください。

### 郵便局備え付け【払込取扱票】にて払込みをする場合の書き方

下記の項目をご記入の上、払込みをしてください。

口座記号：00140-3-94449

加入者名：公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口

通信欄：加入プラン ※パンフレットにてご確認ください

会員番号 ※不明な場合未記入でも可 但し、新規入会を終えてすぐお申込みされる方は、日本薬剤師会の会員番号の連絡を受けていないため「入会手続き済」とご記入ください

薬剤師区分 ※薬局契約をお申込みの場合のみ

例) 管理薬剤師の方→管 薬局代表者の方→代 開設者の方→開

日中のご連絡先電話番号 ※申込みの電話番号と同一の場合は記入不要

ご依頼人：郵便番号

住所

店舗名 ※薬剤師契約で自宅住所を記入された方は記入の必要はありません

フリガナ

会員氏名 ※加入者になる方のお名前

電話番号 ※申込み住所の電話番号

#### 【留意事項】

- ✓ 薬局契約に加入の場合、薬局の住所をご記入ください。薬剤師契約に加入の場合、ご自宅もしくは勤務先の住所をご記入ください。
- ✓ **払込後「振替払込請求書兼受領書」は大切に保管してください。**（加入者証が届くまでは加入確認の控えとなります）
- ✓ 加入者証は、お支払い後1～2か月後にお送りします。但し、申込内容が本会会員名簿の登録内容と相違している場合、加入者証の発行が遅れる場合がございます。ご了承ください。

# 払込取扱票 記入例

## 払 込 取 扱 票

口座記号・番号はお間違えのないよう記入してください。

00		口座記号	口座番号 (右詰めで記入)	金 額	千 百 十 万 千 百 十 円	
		※ 0 0 1 4 0	※ 3	※ 9 4 4 4 9	※ ¥ 3 6 0 0	
加入者名	※ 公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口				料 金	備 考
通 信 管	※ 加入プラン 薬局A 会員番号 9999999 03-3353-1190					
ご 依 頼 人	〒160 - 8389 ※ 新宿区四谷3-3-1 ※ 二チヤク薬局 ※ 二チヤク知 ※ 日薬 太郎 (ご連絡先電話番号 03 - 3353 - 1190)				日 附 印	

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。

日中のご連絡先電話番号を記入  
下記のご連絡先電話番号と同一の場合は記入不要

- ・申込み住所が店舗住所の場合は、店舗の電話番号を記入
- ・申込み住所が自宅の場合は、自宅の電話番号を記入

## 振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	※ 0 0 1 4 0	※ 3	※ 9 4 4 4 9
加入者名	※ 公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口		
金 額	千 百 十 万 千 百 十 円	※ ¥ 3 6 0 0	
ご 依 頼 人	おなまえ ※ 二チヤク薬局 日薬 太郎 会員番号 9999999		
料 金	(消費税込み)	日 附 印	
備 考			

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。  
切り取らないでお出してください。

この受領証は、大切に保管してください。