薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）　薬局契約　加入者名変更届

保険期間：平成 28 年 2 月 15 日~平成 29 年 2 月 15 日

【届出に関する注意事項】

① **都道府県薬剤師会で会員情報の変更手続きを終えてから、この書類を提出してください。**
② 都道府県薬剤師会より上記届出の報告が本会に到着後、加入者名の変更手続きを行いますので、変更完了までに２ヶ月程かかります。予めご了承ください。
③ 会員番号、都道府県薬剤師会コード、地域薬剤師会コードが不明の場合は、未記入でも構いません。
④ 旧加入者は加入者変更日をもって薬剤師契約が無効となります。薬剤師契約に加入を希望される場合は、新たに中途加入の手続き（パンフレット５ページ参照）をお取りください。
⑤ 口座振替にて保険料をお支払いされている場合、加入者名変更により振替口座名義の変更も必要であれば、必ず損害保険担当にご連絡をくださいますよう、お願いいたします。
⑥ 加入者名の変更後、再度加入者証を申込時記入の住所へお送りします。
⑦ ネット申込みの方も後日郵送にて加入者証をお送りします。ネットからの出力は出来ません。既に取得されたIDは旧加入者のIDです。新加入者が次年度にネットで申込みをする場合は、新たにIDを取得してください。

【提出方法】

下記いずれかの方法で「公益社団法人　日本薬剤師会　総務部会計・厚生課　損害保険担当」宛にご提出ください。

郵送：〒160-8389　東京都新宿区四谷３丁目３番地-１　７階
FAX　：03-3353-6270　メール：kaikei@nichiyaku.or.jp

日本薬剤師会提出日：平成　　年　　月　　日

提出者名：　　連絡先：

薬局名			
薬局住所・TEL	〒＿＿＿＿＿＿ 都府県　市郡　区町 TEL＿＿＿＿＿＿		
旧加入者名		フリガナ	
会員番号	都道府県薬剤師会ｺｰﾄﾞ＿＿＿地域薬剤師会ｺｰﾄﾞ＿＿＿会員番号＿＿＿＿＿		
新加入者名(G)		フリガナ(H)	
会員番号	※新規入会の方：入会手続きを終えて会員番号の連絡を受けてからご提出ください。 都道府県薬剤師会ｺｰﾄﾞ(X)＿＿＿地域薬剤師会ｺｰﾄﾞ(Z)＿＿＿会員番号(N)＿＿＿＿＿		
新加入者薬剤師番号(AC)		加入プラン	
加入者変更日	平成　年　月　日 ※未記入の場合都道府県薬剤師会からの変更報告書の到着日にします。		
都道府県薬剤師会宛 変更届提出日	平成　年　月　日　※都道府県薬剤師会への提出必須		

契約管理番号															受付NO	
日薬作業			KP修正													
MT確認日	口振確認	KP修正依頼日	W 性別	AA 業務種別	AB 薬剤師区分	AO 備考1	AX 変更詳細	AY/AZ/BA 変更年月日	加入者証 発行							
							加入者名変更		必要 不要							

様式改定日：2016 年 9 月 1 日