

薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）解約届

【届出に関する注意事項】

- ① 解約日をもって保険は無効となりますので、予めご了承ください。
- ② 解約による年間差額保険料をご返金いたします。この場合、郵便局の払出証書にてご返金いたします。払出証書作成費用493円は加入者様のご負担とさせていただきますので、保険料返金分より徴収させていただきます。
- ③ 解約の時期によっては保険料を返金できないことがございます。ご了承ください。
- ④ 解約届提出日より遡っての保険料返金は行っておりません。
- ⑤ 払出証書は原則加入申込書に記入されたご住所にお送りいたします。薬局住所を記入し保険料を申込者本人が負担されている場合はご注意ください。払出証書送付先、または受取人名を指定されたい場合は「払出証書受取人」欄にご記入ください。
- ⑥ 口座振替にて保険料を引落している場合、口座振替を停止いたします。再加入の場合、預金口座振替のお手続きが必要です。
- ⑦ 月1回払出証書の発行手続きを行っています。払出証書をお送りするまでに解約日から一ヶ月程度かかりますので、お手元に届くまでしばらくお待ちください。

【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：

加入者名				フリガナ				
会員番号			加入プラン					
薬局名	※自宅住所で申込みされた場合は記入不要			解約希望日	平成	年	月	日
					平成	年度分		
申込住所・TEL	〒 _____							
	都道府県	市郡	区町					
	TEL _____							
払出証書受取人	※受取人が上記の加入者、薬局名、宛先と同じであれば記入不要							
	【宛先（薬局名）】							
	【受取人名】				【受取人名フリガナ】			
	【住所】〒 _____							
	都道府県	市郡	区町					

契約管理番号					受付NO			
日薬作業					KP修正			
加入方法	薬賠 変更保険料	個情 変更保険料	計上入力日	KP修正依頼日	AQ/BD/BF/BH 保険料	AR 変更即収保険料	AX 変更詳細	AY/AZ/BA 変更年月日
払銀口							中途解約	
					AO 備考1			