

※平成28年度に口座振替をご利用の方で、預金口座変更・加入プラン変更の方のみ使用

平成29年度 団体制度保険 変更依頼書 (薬剤師賠償責任保険・個人情報漏えい保険) 【口座振替】

※払込取扱票またはインターネットにてお申し込みを希望される場合は、本用紙の送付は不要です。

- 日本薬剤師会を契約者とする薬剤師賠償保険または個人情報漏えい保険に加入します。
- 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日本興亜公式ウェブサイト (<http://www.sjnk.co.jp/>) に掲載の個人情報の取扱いに同意します。
- 申込人（加入者）は、**継続しない旨の意志表示をしない限り毎年2月15日「自動継続」となる取扱いに同意します。**
※日本薬剤師会を退会された時点で保険は無効となります。再入会された場合は再度お申込ください。
- 加入プランのみ変更ご希望の方は、1枚目の変更依頼書のみ返送してください。
- 引落口座変更ご希望の方は、1枚目の変更依頼書と2枚目の口座振替依頼書をセットにして返送してください。
- 住所・加入者名・薬局名・氏名に変更のある場合は、変更後の内容をご記入の上、各種変更届のご提出も必要となります。
※詳しくはパンフレットまたは募集案内添書をご覧ください。

返送先

〒160-8389 東京都新宿区四谷3丁目3番地1 7階
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

公益社団法人 日本薬剤師会 御中

申込日	年	月	日	
日本薬剤師会 会員加入者	住所	勤務先・自宅	郵便番号	電話番号
		(注) 薬局契約の場合は、店舗の所在地を記入してください。		
	店舗名			
会員氏名	(フリガナ)	いずれかに○をしてください。 管理薬剤師・開設者・法人代表・勤務薬剤師		

- ご希望の変更内容にチェックをしてください。

加入プラン変更		
<input checked="" type="checkbox"/>	加入プラン変更のみの場合は、1枚目変更依頼書のみ返送してください。	
現在の加入プラン	変更後の加入プラン	変更後保険料
型	型	円

引落口座変更	
<input checked="" type="checkbox"/>	引落口座変更ご希望の方は、1枚目の変更依頼書と2枚目の口座振替依頼書をセットにして返送してください。

会員番号		薬剤師番号	
契約管理番号	※既加入者の方はご記入ください。	請求顧客番号	※既加入者の方はご記入ください。

※既加入の方へ 12月中旬頃日本薬剤師会よりお送りしている募集案内添書の【ご加入内容】に記載されている⑧請求顧客番号⑨契約管理番号をご記入ください。ご不明の場合は「不明」とご記入ください。

【日薬使用欄】

保険期間	年	月	日	～	平成 30 年 2 月 15 日
------	---	---	---	---	------------------

受付No.