

## 休業補償保険・長期休業補償保険 新規加入申込書送付依頼書

申込者名 \_\_\_\_\_ (日薬会員番号 \_\_\_\_\_ )

日中連絡先 \_\_\_\_\_

加入手続きに必要な書類を郵送しますので、必要事項(◆)をご記入の上、下記【提出方法】にてご提出ください。

◆希望の保険種類 ※該当する保険を○で囲み、加入件数を下段に記入してください。

休業補償保険基本契約	休業補償保険事業主費用特約	長期休業補償保険
件	件	件

◆書類郵送先

郵送先	※該当に○をつけてください。 自宅 勤務先
住所	〒 _____
電話番号	( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ )
薬局名	
申込者名	

※日本薬剤師会の正会員ではない方のお申し込みは、受付できません。

### 【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。

- (1) 郵送 : 〒160-8389 東京都新宿区四谷3-3-1 7階
- (2) F A X : 03-3353-6270
- (3) メール : [kaikei@nichiyaku.or.jp](mailto:kaikei@nichiyaku.or.jp)

個人情報の取扱いについて

◇取扱代理店にご提出いただいた新規加入申込書送付依頼書に記載の個人情報をもとに、お客さまに最適なプランをご提案させていただきます。

◇ご提案に際しては、適切でわかりやすい資料にてご提案させていただくために、ご提出いただいた新規加入申込書依頼書に関する個人情報を、取扱代理店が損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパン日本興亜に提供することにご同意のうえ、新規加入申込書送付依頼書にご記入ください。