

# 薬剤師賠償責任保険(個人情報漏えい保険) 改姓届

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 口座振替にて保険料を引落しされている場合、改姓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。
- ⑤ 改姓後、再度加入者証を申込み時住所（住所も変更された場合は新住所）へお送りします。
- ⑥ 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は改姓前のIDです。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](mailto: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：

申込時氏名				フリガナ
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ド` _____ 地域薬剤師会コード` _____ 会員番号 _____			
申込時住所 電話番号	〒 _____	都 府 県	市 郡	区 町
	TEL _____			
改姓後氏名(G)				フリガナ(H)
新郵便番号(L) 新住所 (M) 新電話番号 (P)	※住所・電話番号も変わる場合はご記入ください。			
	〒 _____	都 府 県	市 郡	区 町
	TEL _____			
加入プラン				
改姓日	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	
日業作業		KP修正	
MT確認日	口座確認	WEB修正依頼日	KP修正依頼日
		AO 備考1	AX 変更詳細
			AY/AZ/BA 変更年月日
			加入者証 発行
			必要 不要