

# 薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険） 住所（薬局名）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 変更後、薬局契約の場合は、再度加入者証を新住所へお送りします。（薬局名変更のみの場合は申込時の住所へ送付）薬剤師契約の場合は、管理している保険契約内容を変更するのみにし、加入者証の再発行はいたしませんので、ご了承ください。ネット申込みの方も同様です。
- ⑤ 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。次年度ネット申込みをされる場合は、新たにIDを取得し最新の加入者情報を登録してお申込みください。

## 【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：

加入者名		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・TEL		勤務先 自宅 ※該当する方を○で囲んで下さい。 〒 _____ 都 市 区 府 郡 町 TEL _____	
加入プラン		薬局名	※薬局住所で申込みされた場合は必ずご記入ください
変更箇所のみ記入	新郵便番号(L) 新住所 (M) 新電話番号 (P)	勤務先 自宅 ※該当する方を○で囲んで下さい。 〒 _____ 都 市 区 府 郡 町 TEL _____	
	新薬局名(O)		
変更事由			
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到着日とします。	
都道府県薬剤師会宛 変更報告書提出日		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	口振確認	KP修正依頼日	WEB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
					住所(薬局名)変更		必要 不要