

本会専用の払込取扱票(郵便局払込)にてお申込みの場合

- 同封の郵便局の払込取扱票にてお振込みください。

※ネット・口座振替にてお申込の方は同封していません。

※各都道府県薬剤師会事務局、または本会総務部 会計・厚生課 損害保険担当にも備えております。必要な方はご請求ください。
新たに入会された会員の方にお送りする「入会キット」にも同封しています。

打出し事項に誤りや変更がある場合は訂正してください。(訂正印は不要です。)さらに**所属の都道府県薬剤師会にて会員登録の変更手続きをしてください。**
会員登録内容と異なったお申込みの場合は、この保険に加入できない場合がありますのでご注意ください。

加入者負担となります。

加入者証が届くまではご加入の確認ができる控えとなりますので保険料振込後、加入者証が届くまで大切に保管してください。

郵便局備え付けの払込取扱票にてお申込みの場合

- 払込みの翌日から補償開始となりますので、お急ぎの場合は郵便局備え付けの【払込取扱票】をご利用ください。
- 保険料は5頁にてご確認ください。

下記の項目をご記入のうえ、払込みをしてください。

※通信欄は記載例とおりの順番で必ずご記入ください。

口座記号：00140-3-94449

加入者名：公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口

通信欄：郵便番号

住所

電話番号(申込み住所でご使用の会員登録電話番号を記入)

店舗名(薬剤師契約で自宅住所を記入された方は記入不要)

フリガナ

会員氏名(加入者になる方のお名前)

会員番号

薬剤師区分(薬局契約のみ記入要)

例) 管理薬剤師→管 法人代表者→代 開設者→開
プラン名

ご依頼人：使用しません。通信欄に必要な事項が書ききれない場合、こちらの欄までご使用ください。

使用しません。

加入者負担となります。

加入者証が届くまではご加入の確認ができる控えとなりますので保険料振込後、加入者証が届くまで大切に保管してください。