

※平成29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30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・法人代表者・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 31 年 2 月 15 日
------	---	---	---	---	------------------

受付No.

平成30年度 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 収 加

【口座振替】

(薬剤師賠償責任保険・個人情報漏えい保険)

金融機関で口座確認を済ませたうえで、下記の住所へ郵送してください。なお、ゆうちょ銀行の場合は口座確認は不要です。口座確認をせずに、下記の住所へ郵送してください。

【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

※送付前には写しをとり、控えとして保管してください。

私が支払うべき料金を預金口座振替によって、代金回収業者「みずほファクター株式会社」を通じて支払うことにしたいので、下記の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。(自動払込みの場合を除く)

代金回収受託会社 みずほファクター株式会社

申込日 年 月 日

金融機関 (除くゆうちょ銀行)	フリガナ							金融機関お届出印
	預金者名	法人名義の場合は、肩書き及び代表者名までご記入下さい。						
	金融機関名	銀行	信用金庫	金融機関コード		預金種目 <small>(どちらか一方を○印)</small>	口座番号 <small>(数字のみで右づめてご記入下さい)</small>	
	振替日	信用組合	農協	支店	店番号	1. 普通 <small>(総合口座)</small>		
	労働金庫		出張所		2. 当座			
		26日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)						

ゆうちょ銀行 (郵便局)	種目コード	契約種別コード	記号(6桁目がある場合は※欄にご記入下さい)	番号(右づめてご記入下さい)
	1 6 6 3 0 1 0 *			
	(フリガナ) 通帳名義人	ゆうちょ銀行へのお届出印		払込先口座番号 00130-1-14403
	払込日	26日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)		払込先加入者名 みずほファクター株式会社

- ①自動払込利用申込書用紙の規格等は、次のとおりであること。
 大きさ:日本工業規格A4(拡大・縮小印刷をしていないこと。)
 紙色:表裏とも白色(印字が黒色であること。)
 紙質:一般的なコピー用紙と同等のもの(感熱紙及びロール紙は不可。)
- ②預金者の氏名(フリガナを含む。)、住所(記入欄がある場合に限り。)、及び通常貯金通帳の記号番号は、必ず筆書(パソコン等により印字は不可。により行い、通常貯金の利用時にお届けの印章により押印すること。
- ③自動払込利用申込書用紙の記載内容を改ざんしないこと又はされていないこと。

加入者会員氏名	会員番号

委託者名	委託者コード
公益社団法人 日本薬剤師会	801085

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。

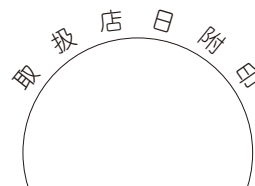
※既加入の方へ 12月中旬頃日本薬剤師会よりお送りしている募集案内添書の【ご加入内容】に記載されている⑧請求顧客番号⑨契約管理番号をご記入ください。ご不明の場合は「不明」とご記入ください。

—— 預金口座振替規定 —— (この払込先口座番号へのゆうちょ銀行(ゆうちょ銀行を除く) 窓口での直接払込はできません。)

1. 銀行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払って下さい。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解約するときは、私から銀行(金庫・組合)に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行(金庫・組合)はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてに紛議が生じても、銀行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、銀行(金庫・組合)には迷惑をかけません。(ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。)

(不備返送先)

〒165-8694 日本郵便 中野北郵便局私書箱25号 みずほファクター株式会社
 TEL 03-6688-3274 (株式会社キュービタス内) 決済事業本部



金融機関 使用欄	(不備返却事由)	検印
	1. 預金取引なし 3. 印鑑相違 2. 記載事項等相違 4. その他 (店名、預金種目、口座番号、口座名義)	印鑑照合
	(備考)	受付印

受付No.
