**アンチ・ドーピング活動保険 住所（薬局名）変更届**

**【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等が不明の場合は、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とし、加入者証の再発行はいたしませんので、ご了承ください。
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。ネットからの出力も可能ですが、出力内容は最新情報（変更後）のみとなりますのでご了承ください。

**【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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入者名 | |  | | フリガナ | | |  | | |
| 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** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 会員番号 | |  | | 加入プラン | | ｱﾝﾁ･ﾄﾞｰﾋﾟﾝｸﾞ（30） | | | |
| 申込住所  電話番号 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| 変更箇所のみ記入 | 新住所  新電話番号 | 薬局住所⇒自宅住所へ変更　**※該当する場合は必ず✔点をつけてください。** | | | | | | | |
| 〒 | | | ℡ | | | | |
|  | | | | | | | |
| 新薬局名 |  | | | 都道府県薬剤師会ｺｰﾄﾞ | | | | ※記入不要 |
| 地域薬剤師会ｺｰﾄﾞ | | | |
| 変更事由 | |  | | | | | | | |
| 変更日（西暦） | | ２０　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| ※未記入の場合は本会会員登録内容変更処理日とします。 | | | | | | | |
| 都道府県薬剤師会宛  変更報告書提出日（西暦） | | ２０　　年　　月　　日　　※都道府県薬剤師会への提出必須 | | | | | | | |
| 提出日・提出者名・  連絡先 | | ２０　　年　　月　　日 |  | | | | | ℡ | |

･････････････････････････････････････････････・日薬使用欄･･･････････････････････････････････・・・・・

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日薬作業 | | | | | | | | KP修正 | | | | | | | | | | | | |
| MT確認日 | 支払方法 | | | KP修正依頼日 | | | | 備考1 | | | | | | | | | | 変更詳細 | 変更年月日 | 加入者証発行 |
|  | 〒 | | |  | | | |  | | | | | | | | | | 住所（薬局名）変更 |  | 必要　不要 |
| 契約管理番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |