**薬剤師賠償責任保険(個人情報漏えい保険) 改姓届**

**口座振替にて自動継続加入者用**

**【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。変更完了後口座振替をさせていただきますので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. 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、必ず損害保険担当までご連絡ください。
5. この書類は**2019年１月25日日必着**で提出してください。

**【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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込時加入者名 | |  | フリガナ | | |  | |
| 会員番号 | |  | 加入プラン | | |  | |
| 申込住所  電話番号 | | 〒 | | | ℡ | | |
|  | | | | | |
| 改姓後氏名 | |  | フリガナ | | |  | |
| 変更の箇所のみ記入 | 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。** | | | | | |
| 〒 | | | ℡ | | |
|  | | | | | |
| **都道府県薬剤師会ｺｰﾄﾞ　　　　　　地域薬剤師会ｺｰﾄﾞ**※記入不要 | | | | | |
|  | | |  | | |
| 改姓日（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  変更届提出日（西暦） | | ２０　　年　　月　　日　　　　　　　　※都道府県薬剤師会への提出必須 | | | | | |
| 提出日（西暦）・  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 |
|  | 口 | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | 改姓 |  | 必要　不要 |
| 契約管理番号 | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |