

# 休業補償保険・長期休業補償保険 新規加入申込書送付依頼書

申込者名 \_\_\_\_\_ (日薬会員番号 \_\_\_\_\_ )

日中連絡先 \_\_\_\_\_

加入手続きに必要な書類を郵送しますので、必要事項 (◆) をご記入の上、下記【提出方法】にてご提出ください。

◆希望の保険種類 ※該当する保険を○で囲み、加入件数を下段に記入してください。

休業補償保険制度		長期休業補償保険制度
基本補償	事業主費用補償特約 ※開設者 (法人代表者のみ加入可)	
件	件	件

## ◆書類郵送先

郵送先	※該当に○をつけてください。 自宅 勤務先
住所	〒 _____
電話番号	( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ )
薬局名	
申込者名	

※日本薬剤師会の正会員ではない方のお申し込みは、受付できません。

## ◆その他

本保険内容等について、直接説明を受けたい。

※損保ジャパンの指定の代理店または最寄りの営業店よりご連絡をさしあげます。

説明をご希望の場合はを入れてください。(薬局所在地によっては指定の代理店または最寄りの営業店のご紹介が難しい場合もございます。)

## 【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。

- (1) 郵送 : 〒160-8389 東京都新宿区四谷 3-3-1 7階
- (2) FAX : 03-3353-6270
- (3) メール : [kaikei@nichiyaku.or.jp](mailto:kaikei@nichiyaku.or.jp)

個人情報の取扱いについて

- ◇取扱代理店にご提出いただいた新規加入申込書送付依頼書にご記載の個人情報をもとに、お客さまに最適なプランをご提案させていただきます。
- ◇ご提案に際しては、適切でわかりやすい資料にてご提案させていただくために、ご提出いただいた新規加入申込書依頼書に関する個人情報を、取扱代理店が損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパンに提供することにご同意のうえ、新規加入申込書送付依頼書にご記入ください。