

## 【記入例】

下記条件にて2022年2月14日までに加入した場合の記入例は、以下払込取扱票に朱書きで記載の通りです。

(記載例の加入内容)

- ・薬剤（商品）補償制度に「300万円」の補償（保険）金額、保険期間1年間にて加入。
- ・「新型コロナウイルス感染症対応 日本薬剤師会 店舗休業補償制度」に、保険期間1年間にて加入。

加入される制度それぞれに○をつけてください。

### 【記入要領】

- ・払込手数料は加入者負担となります。
- ・印字されている氏名や住所、電話番号等が異なっている場合は、二重線で抹消の上訂正し、併せて都道府県薬剤師会に届出をお願いします。

00 東京		払込取扱票		振替払込請求書兼受領証	
001908		金額 千 百 十 万 千 百 十 円		001908	
575297		金額 <b>¥29400</b>		575297	
加入者名 公益社団法人 日本薬剤師会		料金 備考		加入者名 公益社団法人 日本薬剤師会	
住所 ① 東京都新宿区四谷3-3-1 (郵便番号 160-8389) (電話番号 03-3353-1190)		ご加入のプランに○をつけ 保険料を記載ください。		加入者証金額 <b>¥29400</b>	
店名 ② ニチャク薬局		薬剤(商品)補償 4,800円 x 3 (百万円) = ① 14,400円		おなまえ ニチャク薬局 日薬 太郎 9999999 様	
フリガナ ③ ニチャク タロウ		② 新型コロナウイルス対応店舗休業補償 15,000円		薬剤(商品)補償制度 14,400円	
会員番号 ④ 9999999		合計保険料 (上記①+②) <b>29,400円</b>		新型コロナウイルス対応店舗休業補償制度 15,000円	
ご依頼人欄に、おとこ・おなまえをご記入ください。(承認番号東第60393号)		日 附		日 附 印	
これより下部には何も記入しないでください。		印		料 金 円	
				備考	

各制度の保険料合計額をそれぞれに記入ください。

加入者証は発行されません。受領証は加入の証明となりますので、大切に保管ください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所を訂正印を押しください。

この受領証は、大切に保管してください。