

(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」プランB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ください。(訂正印は不要です。) 併せて所属の都道府県薬剤師会にて会員情報の変更手続きを行ってください。

払込取扱票																								
00	東京	金額								千：百：十：百：千：百：十：円														
0	0	1	9	0	8	=	5	7	5	2	9	7	金額	¥53400										
加入者名										料	金	額	0	0	1	9	0	8						
公益社団法人 日本薬剤師会										番	号	5	7	5	2	9	7	加入者名	0	0	1	9	0	8
住所										ご加入のプランに○をつけ 保険料を記載ください。		振替払込請求書兼受領証		加入者名		金額		0		0	1	9	0	8
① 東京都〇〇市△△△町□-□-□										薬剤(商品)補償		公益社団法人 日本薬剤師会		金額		¥53400		0		0	1	9	0	8
② ニチャク薬局										4800円× ³ (万円)① ② 14,400円		二チャク薬局		金額		14,400		0		0	1	9	0	8
③ 日薬 太郎										新型コロナウイルス対応店舗休業補償		日薬 太郎		金額		39,000		0		0	1	9	0	8
フリガナ ニチャク タロウ										Aプラン:① 15,000円		9999999 様		金額		14,400		0		0	1	9	0	8
会員番号 ④ 9999999										Bプラン:② 39,000円		9999999 様		金額		39,000		0		0	1	9	0	8
薬剤師番号										合計保険料(上記①+②) ※税込金額にご記載ください。		日 附 印		金額		円		0		0	1	9	0	8
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 東京60303号)										日		日 附 印		金額		円		0		0	1	9	0	8
これより下部には何も記入しないでください。										附		日 附 印		金額		円		0		0	1	9	0	8
										印		日 附 印		金額		円		0		0	1	9	0	8

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。