**薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）解約届**

**【届出に関する注意事項】**

1. 解約希望日をもって保険は無効となりますので、予めご了承ください。
2. 解約による年間差額保険料を、郵便局の払出証書にてご返金いたします。払出証書作成費用は加入者負担とさせていただきますので、保険料返金分より徴収いたします。そのため解約時期によっては、保険料を返金できないことがございます。
3. 解約届提出日より遡っての保険料返金は行っておりません。
4. 払出証書は原則加入申込書に記入されたご住所にお送りいたします。薬局住所でお申込をし、保険料は加入者本人が負担されている場合はご注意ください。払出証書送付先を指定されたい場合は「払出証書受取人」欄にご記入ください。
5. 口座振替にて保険料を引落している場合、口座振替を停止いたします。
6. 月１回払出証書の発行手続きを行っています。払出証書をお送りするまでに解約届提出日から一ヶ月程度かかりますので、お手元に届くまでしばらくお待ちください。
7. 複数の契約を同時に解約し、返金保険料を合算してのお受け取りをご希望される場合は、払出証書受取人欄の【合算希望】を丸で囲み、合計人数をご記入ください。解約届は加入者ごとに必要です。解約届を同時にご提出いただいた場合のみ受付いたします。解約希望日が異なっていても構いません。

**【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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入者名 |  | フリガナ |  |
| 会員番号 |  | 加入プラン |  |
| 薬局名 | **※自宅住所で申込された場合はご記入不要** | 解約希望日（西暦） | ２０　　年　　月　　日**※提出日より前の日付は不可** |
| 申込住所電話番号 | 〒℡　　　　　　　　　 |
| 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 |
| **払出証書受取人** | **【受取人名】****※薬局（法人）へ送付希望で特定の受取人がいない場合、個人名のご記入は不要です。****【住所】**〒**【合算希望】合計　　　　　名** |
| 提出日（西暦）・提出者名・連絡先 | ２０　　　年　　月　　日 |  | ℡ |

--------------------------------------------------日薬使用-----------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 日薬作業 | ＫＰ修正 |
| 支払方法 | 請求管理台帳停止 | 薬賠返金保険料 | 個情返金保険料 | 計上入力日 | KP修正依頼日 | 加入日 | 保険料 | 変更即収保険料 | 変更詳細 | 変更年月日 |
| 口 銀 〒 |  |  |  |  |  |  |  | － | 1 加入取消2 中途解約3 ﾃﾞｰﾀ削除 |  |
|  |  |
| 契約管理番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |