**薬剤師賠償責任保険・サイバー保険 薬局契約 加入者名変更届**

**【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。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、薬剤師番号等が不明の場合は、未記入でも構いません。
4. 旧加入者は加入者変更日をもって薬剤師契約が無効となります。薬剤師契約に加入を希望される場合は、新たに中途加入の手続き（加入のご案内５ページ参照）をお取りください。
5. 口座振替にて保険料をお支払いされている場合、加入者名変更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。
6. 加入者名の変更後、再度加入者証を申込時記入の住所へお送りします。
7. ネット申込みの方も後日郵送にて加入者証をお送りします。

**【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。

**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)　※メールにてご提出の際は、件名に**「各種変更届送付」**とご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 |  | | 加入プラン | |  | | |
| 薬局住所  電話番号 | 〒 | | | ℡ | | | |
|  | | | | | | |
| 旧加入者名 |  | | フリガナ | | |  | |
| 会員番号 | | |  | |
|  | | | | | | | |
| 新加入者名 |  | | フリガナ | | |  | |
| 会員番号 | | |  | |
| 所属薬剤師会ｺｰﾄﾞ  ※記入不要 | 都道府県薬剤師会ｺｰﾄﾞ | | 薬剤師番号 | | |  | |
| 地域薬剤師会ｺｰﾄﾞ | |
| 加入者変更日  （西暦） | ２０　　年　　月　　日 | | | | | | |
| ※未記入の場合は本会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・提出者名・  連絡先（西暦） | ２０　　年　　月　　日 |  | | | | | ℡ |

･･･････････････････････････････････････････････・日薬使用欄･･････････････････････････････・･･････････・･･････・

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日薬作業 | | | | | | | | | | | | KP修正 | | | | | | | | | | | | |
| MT確認日 | 支払方法 | | | | 性別 | | | 業種別 | | | | | | | 薬剤師区分 | | | | | | 変更詳細 | | 変更年月日 | 加入者証発行 |
|  | 口 銀 〒 | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | 加入者名変更 | | 年　　月　　日 | 必要　　不要 |
| 契約管理番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | 備考１ | |  | | |

