

加入者名変更届 (管理薬剤師変更)

薬剤師賠償責任保険 (個人情報漏えい保険) 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結了してから、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、加入者名の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7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：kaiki@nichiyaku.or.jp

(株)(有)(社)及び法人名称等は記入不要です。

薬局名	ニチャク薬局	加入プラン	薬局A
薬局住所	〒160-8389 東京 都 市 新宿 区 四谷3-3-1		
電話番号	TEL 03-3353-1190		
旧加入者名	日薬 太郎	フリガナ	ニチャク タロウ
		会員番号	1234567

薬局契約のみ変更ができます。薬剤師契約は変更できません。

記入不要です。

※新規加入の方：入会手続きを終え会員番号の連絡を受けてからご提出ください。

新加入者名	日薬 花子	フリガナ	ニチャク ハナコ
		会員番号	7654321
所属薬剤師会コード*	都道府県薬剤師会コード*	薬剤師番号	999999
※記入不要	※記入不要		
加入者変更日	平成30年3月1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	平成30年2月20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	平成30年2月20日	日薬薬局(株) 山田	TEL 03-3353-1190

薬剤師免許証の番号です。

未提出の場合変更が確認できません。必ずご提出ください。提出済みの場合は未記入でも構いません。

.....日薬使用権.....

日薬作業			印修正					
訂正日	支払方法	訂正依頼日	性別	業種別	薬剤師区分	変更内容	変更年月日	加入者証発行
口 継 可						加入者名変更		<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
新約登録番号								

受付NO

提出された方のご勤務先、お名前、ご連絡の取れるお電話番号等ご記入ください。送付状は不要です。

住所（薬局名）変更届

薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険） 住所（薬局名）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等が不明の場合は、未記入でも構いません。
- ④ 変更後、薬局契約の場合は、再度加入者証を新住所へお送りします。（薬局名変更のみの場合は申込時の住所へ送付）薬剤師契約の場合は、管理している保険契約内容を変更するのみとし、加入者証の再発行はいたしませんので、ご了承ください。
- ⑤ 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。ネットからの出力も可能ですが、出力内容は最新情報（変更後）のみとなりますのでご了承ください。

【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：kaikai@nichiyaku.or.jp

加入者名	日薬 太郎	フリガナ	ニチャク タロウ
薬局名	※薬局住所で申込みされた場合は必ずご記入ください ニチャク薬局		
会員番号	1234567	加入プラン	薬局A
申込住所	〒160-8389 東京都新宿区四谷3-3-1		
電話番号	TEL 03-3353-1190		
変更届出のみ記入	新住所 新電話番号	☐薬局住所⇒自宅住所へ変更 ※該当する場合は必ず✓点をつけてください。 〒160-0000 TEL 03-3353-0000 東京都新宿区001-2-3	
	新薬局名	都道府県薬剤師会コード 未記入不要 地域薬剤師会コード 未記入不要	
変更事由	薬局移転のため		
変更日	平成30年4月1日 ※未記入の場合は本会会員登録内容変更日とします。		
都道府県薬剤師会宛 変更報告書提出日	平成30年4月10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	平成30年4月15日	日薬薬局(株) 山田	TEL 03-3353-1190
日薬作業			
種類	支払方法	収納期	備考1
	日金		
契約管理番号			受付NO

自宅住所でお申込みされた方は記入不要です。

薬剤師契約の方で、ご登録を薬局住所から自宅住所へ変更される場合は必ず✓点をつけてください。

未提出の場合変更が確認できません。必ずご提出ください。提出済みの場合は未記入でも構いません。

変更がない項目は記入不要です。

記入不要です。

提出された方のご勤務先、お名前、ご連絡の取れるお電話番号等ご記入ください。送付状は不要です。

改姓届

薬剤師賠償責任保険(個人情報漏えい保険) 改姓届

【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等が不明の場合は、未記入でも構いません。
- ④ 口座振替にて保険料を引落しされている場合、改姓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。
- ⑤ 改姓後、再度加入者証を申込住所(住所も変更された場合は新住所)へお送りします。
- ⑥ 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。ネットからの出力も可能ですが、出力内容は最新情報(変更後)のみとなりますのでご了承ください。

【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：〒160-6389 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@ichiyaku.or.jp

薬剤師契約を薬局住所で申し込みをされている方で、改姓に併せて住所を自宅に変更される場合は✓点をつけて変更箇所を記入してください。また、自宅住所で申し込みされている方で、住所も変更された場合はこちらにご記入ください。変更がない場合、薬局契約の場合は記入不要です。

未提出の場合変更が確認できません。必ずご提出ください。提出済みの場合は未記入でも構いません。

申込時加入者名	日薬 花子	フリガナ	ニチヤク ハナコ
会員番号	1234567	加入プラン	薬剤師A
申込住所 電話番号	〒160-8389 In 03-3353-1190 東京都新宿区四谷3-3-1		
改姓後氏名	損保 花子	フリガナ	ゾンボ ハナコ
変更の箇所のみ記入	<input checked="" type="checkbox"/> 薬局住所⇒自宅住所へ変更 ※該当する場合は必ず✓点をつけてください。 〒160-〇〇〇〇 In 03-3353-〇〇〇〇 東京都新宿区〇〇1-2-3 都道府県薬剤師会→「」 地域薬剤師会→「」 ※記入不要		
	改姓日	平成30年3月15日 ※未記入の場合は本会会員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	平成30年3月20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	平成30年3月21日	損保 花子	In 03-3353-〇〇〇〇
日薬作業		印鑑等	
印鑑	印鑑	備考1	変更年月日 加入者証発行
日薬印		改姓	必要 不要
薬剤師番号			受付NO

記入不要です。

提出された方のご勤務先、お名前、ご連絡の取れるお電話番号等ご記入ください。送付状は不要です。

解約届

解約日の決め方及び注意点

【例】

薬局が閉局したので解約する場合
閉局日：3/31

解約届提出日：3/20

2/15~4/15の保険料をいただきます。
(毎月15日締めのため)

4/15~翌年2/15の保険料を返金しま
す。

解約希望日に提出日より前の日付を
記入しても返金できませんので了
承ください。

払出証書の送り先が申込住所と異なる
場合ご記入ください。ご指定のない
場合は申込住所にご返金します。
【宛先(薬局名)】のみでも発行可
能です。

【受取人名】を指定される場合は必
ずフルネームでご記入ください。

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493円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場合がございます。
- 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載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けいたします。解約希望日が異なっても構いません。

【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：03-3353-8270 メール：kaiko@nichiyaku.or.jp

加入者名	日薬 太郎	フリガナ	ニチャク タロウ
会員番号	1234567	加入プラン	薬局A
薬局名	ニチャク薬局 <small>※自宅住所で申込された場合はご記入不要</small>	解約希望日	平成 30年 3月 31日 <small>※締日より前の日付は不可</small>
申込住所 電話番号	〒 154-0021 東京 都道 市 新宿 区 四谷3-3-1 府県 郡 町 TEL 03-3353-1190		
払出証書受取人	【宛先(薬局名)】 日薬薬局(株) 【受取人名】 日薬 花子 【受取人名フリガナ】 ニチャク ハナコ <small>※受取人名は個人名をご記入ください。特定の受取人がない場合は、宛先に返金いたしますのでご記入不要です。</small> 【住所】 〒 154-0000 東京 都道 市 新宿 区 〇〇1-2-3 府県 郡 町 【合算希望】 合計 1 / 3 名		
提出日・提出者名・ 連絡先	平成 30年 3月 20日	日薬薬局(株) 日薬花子	TEL 03-3353-〇〇〇〇

支払方法		日薬作業				支払停止					
支払方法	保険料	業務管理 会費停止	業務返金 戻金料	業務返金 戻金料	料上入力日	引当金引当日	加入日	保険料	変更開始日	変更終了日	変更年月日
日 銀 平	—									中途解約	
備考1											
契約管理番号											受付NO

様式決定日：2017年12月17日

複数契約を同時に解約し、合算して返金を希望の場合は【合算希望】に○をつけ、内訳がわかるようにご記入ください。
例：1枚目 1/3
2枚目 2/3
3枚目 3/3

提出された方のご勤務先、お名前、ご連絡の取れるお電話番号等ご記入ください。送付状は不要です。