

# 賠償責任保険システム

## 操作マニュアル



公益社団法人  
**日本薬剤師会**  
Japan Pharmaceutical Association

# 賠償保険システム操作マニュアル（Ver1）



ログイン .....	2
領収書ダウンロード .....	3
加入者証ダウンロード .....	5
登録情報の変更（加入者名（管理薬剤師）、改姓、住所※） .....	7
解約 .....	10



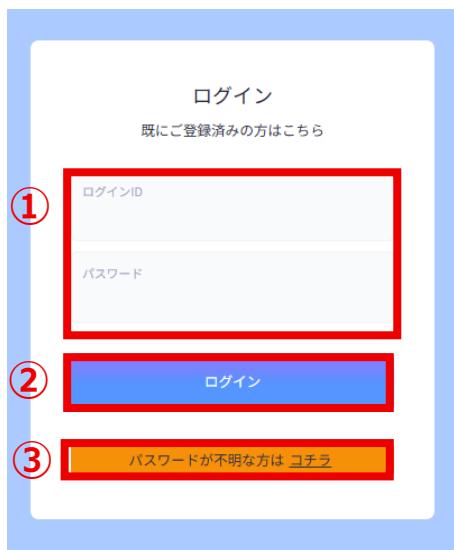
公益社団法人  
**日本薬剤師会**  
Japan Pharmaceutical Association

# ログイン

1 ①ログインID及びパスワードを入力して②「ログイン」をクリックします。

※日本薬剤師会会員ページのID及びパスワードとは異なります。

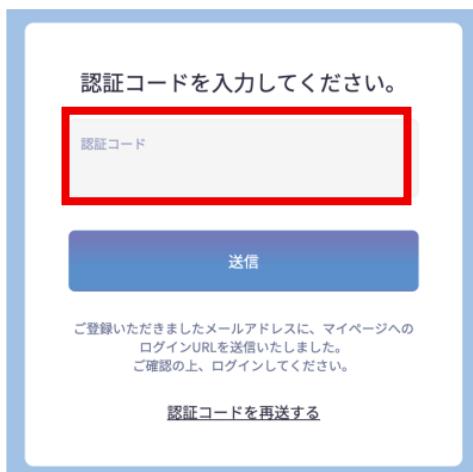
IDは登録メールアドレス、PWが不明な方は③にて再設定してください。



2 認証コードを入力して「送信」をクリックする

※認証コードは、ご登録メールアドレスへ送信されます。

「ログイン」や「再送信」を何度もクリックしてしまうと新たな認証コード記載されたメールが複数回送信されます。その場合は、一番新しいメールをご参照ください。最新のものが不明な場合は、**時間をおいてから再度**やりなおしてください。



## 領収書ダウンロード

※通常はお支払完了後即日発行ですが、1~2日かかる場合があります。

1 ログインする

2 保険のご加入状況をクリックする



3 該当保険の下矢印をクリックする

ご加入状況			
加入状況			
各お申込・契約状況につきましては、以下のように表記しております。			
<small>決済手段 コンビニ決済の際、ご入金確認ができるまでの間はこの表示になります。※この状態ではご契約は完了しておりません。</small>			
保険料	プラン名/保険期間	保険料	
25A0043644	A薬局 XXXXXX	薬局D 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円
25A0043645	A薬局 XXXXXX	薬剤師 A 2025年10月21日～2026年02月15日	650円
25A0043646	A薬局 XXXXXX	サイバーハート 2025年10月21日～2026年02月15日	9,000円
25A0043647	A薬局 XXXXXX	アンチ・ドーピング 2025年10月21日～2026年02月15日	900円
25A0043648	A薬局 XXXXXX	薬剤 (商品) 换価制度 2025年10月21日～2026年02月15日	1,600円
25A0043649	A薬局 XXXXXX	クレーム対応費用補償保険 2025年10月21日～2026年02月15日	3,000円

#### 4 下へスクロールし「領収書発行」をクリックする

The screenshot shows the 'Join Status' page with various sections like 'Join Status', 'Application Information', 'Joiner Information', and 'Join Plan Information'. At the bottom, there are several buttons: 'Information Change', 'Plan Change', 'Joiner Receipt', and a large red-highlighted 'Receipt Generation' button.

#### 5 領収ダウソードをクリックする ※ダウンロードの上限回数は、2回までです。

The screenshot shows the 'Receipt Generation' page with fields for 'Recipient Name' (日本楽天会員) and 'Recipient Address' (XXXXXX). Below these are 'Application Number' (32040), 'Status' (新規申込), and 'Number of Receipts' (1). A red-highlighted 'Receipt Download' button is located next to the number of receipts. A note at the bottom states that download is limited to 2 times.

PDFで出力されますので保存をお願いします。

## 加入者証ダウンロード

※本会員登録状況によっては、申込から発行までに2か月以上かかる場合があります。

1 ログインする

2 保険のご加入状況をクリックする



3 該当の契約の下矢印をクリックする

※加入状況が「加入中」になっていると加入者証のダウンロードが可能です。

ご加入状況				
加入状況				
各お申込・契約状況につきましては、以下のように表示しております。				
<p><span style="background-color: orange; border-radius: 5px; padding: 2px;">未決済</span> コンビニ決済の際、ご入会確認ができるまでの間はこの表示になります。※この状態ではご契約は完了しておりません。</p> <p><span style="background-color: green; border-radius: 5px; padding: 2px;">準備中</span> 加入者証準備中です。保険は有効です。問題があればこちらからご連絡いたしますのでしばらくお待ちください。</p> <p><span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> 現在ご契約中の保険です。※加入者証の発行が可能です。</p> <p><span style="background-color: red; border-radius: 5px; padding: 2px;">解約申込</span> コンビニ決済のお支払期限を過ぎたお申込です。改めてお申込をお願いいたします。</p> <p><span style="background-color: gray; border-radius: 5px; padding: 2px;">キャンセル</span> キャンセルになったお申込です。</p> <p><span style="background-color: black; border-radius: 5px; padding: 2px;">解約済</span> ご契約を解約した保険です。</p>				
契約番号	薬局名/加入者名(会員番号)	プラン名/保険期間	保険料	
25A0043644	A薬局 XXXXXX	薬局D 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円	<span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> ▾
25A0043645	A薬局 XXXXXX	薬剤師A 2025年10月21日～2026年02月15日	650円	<span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> ▾
25A0043646	A薬局 XXXXXX	サイバーH 2025年10月21日～2026年02月15日	9,000円	<span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> ▾
25A0043647	A薬局 XXXXXX	アンチ・ドーピング 2025年10月21日～2026年02月15日	900円	<span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> ▾
25A0043648	A薬局 XXXXXX	薬剤(商品)補償制度 2025年10月21日～2026年02月15日	1,600円	<span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> ▾
25A0043649	A薬局 XXXXXX	クレーム対応薬用補償保険 2025年10月21日～2026年02月15日	3,000円	<span style="background-color: blue; border-radius: 5px; padding: 2px;">加入中</span> ▾

#### 4 下へスクロールし「加入者証発行」をクリックする

The screenshot shows the 'Join Status' page with a red arrow pointing downwards from the top of the page towards the bottom where the 'Issuance of Member Certificate' button is located.

ご加入状況

加入状況

ご加入・契約状況につきましては、以下のように表示しております。

**保険料** コンビニ決済の際、ご入金確認ができるまでの間はこの表示になります。この状態ではご契約は完了しておりません。  
**確認中** 加入者登録中です。保険は有りです。問題があればこちらからご連絡いたしますのでしばらくお待ちください。  
**加入中** 現在ご契約中の保険です。ご加入証の発行が可能です。  
**確定済** コンビニ決済のお支払確認を済ませたお申込です。改めてお申込をお願いいたします。  
**キャンセル** キャンセルになったお申込です。  
**中止済** ご契約を解消した保険です。

契約番号	業者名/加入者名(負責番号)	プラン名/保険期間	保険料
25A0043644	A某局 XXXXXX	保険D 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円

**お申込情報**

申込番号	32040	申込状況	新規申込
申込日	2025年10月20日	決済状況	決済完了
保険料	1,500円	お支払方法	クレジットカード決済
システム利用料	1,320円	お支払期間	2025年10月20日
お支払合計	17,919円	お支払日	2025年10月20日

**加入者情報**

会員番号	9999999	加入者氏名	XXXXXX
フリガナ	XXXXXX	業者名	A某局
住所	XXXXXX	電話番号	000-000-000
審査結果番号		業務種別	開設者
審査結果区分	管理者登録		

**加入プラン情報**

申込日	2025年10月20日
加入プラン	保険D
加入日	2025年10月21日
保険期間	2025年10月21日～2026年02月15日
契約管理番号	25A0043644
証券番号	7106057180
保険名稱	2歳
保険料	1,500円

**操作ボタン**

情報変更編    プラン変更    **加入者証発行**    銀行振込発行    解約編

#### 5 加入者証ダウンロードをクリックする ※ダウンロード回数に制限はありません。

加入者証発行

ご加入保険内容

契約管理番号 25A0043644

加入者証発行

以下のご加入プランが含まれる加入者証を発行できます。  
加入者証は同時に申し込みいただいた他のプランがある場合は、1つにまとめて発行されます。

加入プラン 業者名D	会員番号 9999999
保険期間 2025年10月21日から 2026年02月15日まで	業者名 A某局
保険料 1,500円	加入者氏名 XXXXXX
証券番号 7106057180	

**操作ボタン**

戻る    **加入者証ダウンロード ▲**

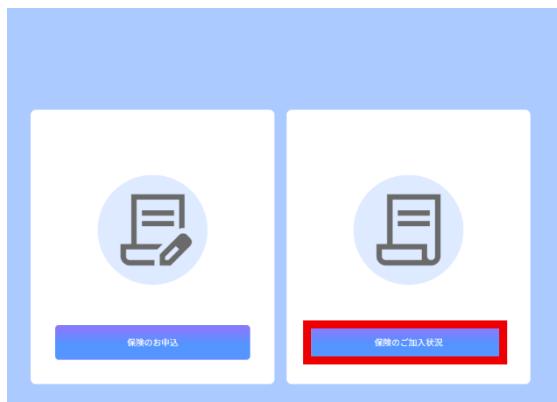
PDFで出力されますので保存をお願いします。

## 登録情報の変更（加入者名（管理薬剤師）、改姓、住所※）

※薬局契約の住所（薬局名）の変更をご希望の場合、お問い合わせフォームよりご依頼ください。追ってこちらからご連絡いたします。なお、**法人名・保険薬局コードの変更があつても、お手続きは必要ありません。**

ex)薬局名が変更になりました。旧) ○○薬局→新) ▲▲薬局。（変更日）R7.7.7～

- 1 ログインする
- 2 保険のご加入状況をクリックする



- 3 該当の保険の下矢印をクリックする

※加入状況が「加入中」以外の場合はお問い合わせフォームよりその旨ご連絡ください。

ex) 管理薬剤師の変更を行おうとしたが、「確認中」と表示されており手続きができない。

ご加入状況

加入状況

各お申込・契約状況につきましては、以下のように表記しております。

決済待合	コンビニ決済の際、ご入金確認ができるまでの間はこの表示になります。※この状態ではご契約は完了しておりません。
準備中	加入者証準備中です。保険は有効です。問題があればこちらからご連絡いたしますのでしばらくお待ちください。
契約待ち	コンビニ決済のお支払期限を過ぎたお申込みです。改めてお申込をお願いいたします。
キャンセル	キャンセルになつたお申込みです。
半途解約	ご契約を解約した保険です。

契約番号 薬局名/加入者名(会員番号) プラン名/保険期間 保険料

25A0043644	A薬局 XXXXXX	薬局D 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円	加入中
25A0043645	A薬局 XXXXXX	薬剤師A 2025年10月21日～2026年02月15日	650円	加入中
25A0043646	A薬局 XXXXXX	サイバーH 2025年10月21日～2026年02月15日	9,000円	加入中
25A0043647	A薬局 ~~~~~	アンチ・ドーピング 2025年10月21日～2026年02月15日	900円	加入中
25A0043648	A薬局 XXXXXX	薬剤（商品）補償制度 2025年10月21日～2026年02月15日	1,600円	加入中
25A0043649	A薬局 XXXXXX	クレーム対応費用補償保険 2025年10月21日～2026年02月15日	3,000円	加入中

#### 4 下へスクロールし「情報変更届」をクリックする

ご加入状況

加入状況

お申込・契約状況につきましては、以下のようになります。

**保険料** コンビニ決済の際、ご入金確認ができるまでの間はこの表示になります。やこの状態ではご契約は完了しておりません。  
**確認料** お支払確認料です。保険料は有効です。回数があなばちらからご連絡いたしますのでしばらくお待ちください。  
**加入料** 現在ご契約中の保険料です。お申込お支払が可能です。  
**保険料** コンビニ決済のお支払確認をされたお申込です。改めてお申込をお願いいたします。  
**キャンセル** キャンセルになってしまったお申込です。  
**中止確認** ご契約を解約した保険です。

契約番号	被保険者名/加入者名(会員番号)	プラン名(保険期間)	保険料
25A0043644	八重島	基本D 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円

**お申込情報**

申込番号	33040	申込状況	新規申込
申込日	2025年10月20日	決済状況	決済完了
保険料	1,500円	お支払方法	クレジットカード決済
システム利用料	1,320円	お支払経路	2025年10月20日
お支払合計	17,970円	お支払日	2025年10月20日

**加入者情報**

会員番号	9999999	加入者名	X,X,X,X,X,X,X
フリガナ	XXXXXX XXXX XXXX	被保険者名	A八重島
住所	XXXX XXXX XXXX	電話番号	000-000-000
郵便番号	郵便番号	郵便番号	開設者
郵便局区分	管理薬剤師		

**加入プラン情報**

申込日	2025年10月20日
加入プラン	基本D
加入日	2025年10月21日
保険期間	2025年10月21日～2026年02月15日
契約管理番号	25A0043644
登録番号	7106057180
保険会社	2億円
保険料	1,500円

**操作ボタン**

- 情報変更届**
- プラン変更**
- 加入者変更**
- 領収書発行**
- 契約履歴**

#### 5 ① 届出事項を選択

- ② 「都道府県薬剤師会へ会員情報の変更手続きを終えている」にチェックを入れる
- ※必ず都道府県薬剤師会へ変更の手続きをしてください。対応を怠りますと保険の変更手続が完了しません。ご留意ください。
- ③ 「次へ」をクリックする

情報変更の届出

変更内容の入力

加入者番号: 25A0043644 加入プラン: 基本D 保険期間: 2025年10月21日～2026年02月15日 **加入申込**

現在の情報

会員番号 9999999	被保険者名 八重島
フリガナ XXXX XXXX XXXX	電話番号 000-000-000
住所 XXXX XXXX XXXX	郵便番号 郵便番号
郵便局区分 管理薬剤師	郵便局区分 開設者

**届出事項** (1)  **変更手続きを終えている**

【提出に関する注意事項】  
 (1)都道府県薬剤師会よりご提出の報告が本会に到着後、変更手続を行いますので、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。  
 (2)登録番号、保険会社コード、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。  
 (3)当法人は加入者番号をもって薬剤師登録が整っています。薬剤師登録に加入を希望される場合は、新たに申請者の手書き(法人の「薬剤登録手帳」)をお願いいたします。  
 (4)加入者番号変更完了後、新規加入登録をダブルコードですることになります。

(2)  **都道府県薬剤師会へ会員情報の変更手続きを終えている**

**次へ** (3)

6 ①変更を希望する箇所に新しい情報を上書き

②変更日付及び事由を入力して

③「次へ」をクリックする

ex) 管理薬剤師変更の場合は、会員番号※1・氏名・フリガナ・薬剤師番号※2を  
変更（※1が不明な場合は9999999　※2空欄可。）

届出事項

加入者名（管理薬剤師）変更届

変更後の情報

会員番号  
9999999  
会員番号の記載場所 [ ] 会員番号をお持ちでない方は「9999999」をご入力ください。

氏名  
白瀬 ふまるみん  
フリガナ  
ニチヤク フマルミン

住所区分  
勤務先 自宅

薬局名・店舗名  
A薬局

郵便番号  
1110033  
住所検索  
ハイフンなしでご入力ください。  
東京都

都道府県  
住所  
台東区花川戸  
全角でご入力ください。

建物・号室  
1-1-1  
全角でご入力ください。

電話番号  
000 000 000  
日本標準時計へご登録の番号をご入力ください。

薬剤師番号  
[ ]  
薬剤師番号をお持ちの方はご入力ください。（任意）

薬種権別  
被投者

薬剤師区分  
管理薬剤師

変更事由  
② 資任薬剤師変更

① 都道府県  
② 変更事由  
③ 次へ >

7 入力内容を確認し、「変更届の送信」をクリックする



## 解約

※返金希望先の口座情報をご用意ください（ゆうちょ銀行不可）。

1 ログインする

2 保険のご加入状況をクリックする



3 該当の保険の下矢印をクリックする

※加入状況が「加入中」以外の場合はお問い合わせフォームよりその旨ご連絡ください。

ex) 解約しようとしたが、「確認中」と表示されており手続きができない。

ご加入状況				
加入状況				
各お申込・契約状況につきましては、以下のように表記しております。				
<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">試験待ち</span> コンビニ決済の際、ご入金確認ができるまでの間はこの表示になります。※この状態ではご契約は完了しておりません。				
<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">確認中</span> 加入者登録準備中です。保険は有効です。開封があればこちらからご連絡いたしますのでしばらくお待ちください。				
<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span> 現在ご契約中の保険です。※加入者証の発行が可能です。				
<span style="background-color: #E64B8A; color: white; padding: 2px;">確認切れ</span> コンビニ決済のお支払期限を過ぎたお申込です。改めてお申込をお願いいたします。				
<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">キャンセル</span> キャンセルになったお申込です。				
<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">中止解約</span> ご契約を解消した保険です。				
契約番号	薬局名/加入者名(会員番号)	プラン名/保険期間	保険料	
25A0043644	A薬局 XXXXXX	薬局D 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円	<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span>
25A0043645	A薬局 XXXXXX	薬剤師 A 2025年10月21日～2026年02月15日	650円	<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span>
25A0043646	A薬局 XXXXXX	サイバーH 2025年10月21日～2026年02月15日	9,000円	<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span>
25A0043647	A薬局 XXXXXX	アンチ・ドーピング 2025年10月21日～2026年02月15日	900円	<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span>
25A0043648	A薬局 XXXXXX	薬剤（商品）補償制度 2025年10月21日～2026年02月15日	1,600円	<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span>
25A0043649	A薬局 XXXXXX	クレーム対応費用補償保険 2025年10月21日～2026年02月15日	3,000円	<span style="background-color: #00AEEF; color: white; padding: 2px;">加入中</span>

4 下へスクロールし「解約届」をクリックする

## ご加入状況

### 加入状況

お申込店・契約状況につきましては、以下のようになります。

**お申込店** ココニヨン横浜店、ご入会確認が済むまでの間はこの表示になります。この状態ではご契約は完了しておりません。

**加入・契約確認済** お申込店で、契約済です。認証済あらばこらからご連絡いたしましたのではしばらくお待ちください。

**契約済** 加入申請が承認済です。お申込店にて契約済となります。

**契約未済** ココニヨンの契約を承認したか未です。改めてご申込をお願いいたします。

**契約解除** マイページに登録されております。

**年間料金** ご契約料金となります。

契約番号	契約会員名(会員番号)	プラン名/会員期間	価格料
25400043644	八島屋	基本0 2025年10月21日～2026年02月15日	1,500円

#### [お申込情報]

申込者番号	00040	申込者性別	新規登録
申込日	2025年10月25日	決済方法	決済アリ
登録料	1,500円	お支払会員	クレジットカード支払
システム登録料	L200円	お支払期間	2025年10月25日
登録料合計額	1,500円	お支払日	2025年10月25日

#### [加入者情報]

会員番号	99999999	加入会員名	
プリネク		会員名	八島屋
住所		電話番号	000-000-000
契約会員番号		会員種別	個人名
契約区分	管理運営会員		

#### 加入プラン情報

申込日	2025年10月25日
加入プラン	標準0
加入日	2025年10月25日
会員期間	2024年10月21日～2026年02月15日
契約会員番号	25400043644
登録番号	T10657140
登録料	2円
登録料	1,500円

5 ①解約希望日・返金口座を入力し (ゆうちょ銀行不可)

## ② 「解約届の送信」をクリック

※送信前に必ずご確認をお願いします。口座情報が誤っていると再振込料等が返金額から差し引かれます。

※振込手数料は返金先金融機関及び支店により異なります（三菱UFJ銀行から返金予定）

**解約の届出**

入力内容の確認

契約者番号 25A0043646	加入プラン サイバーハイ	保険期間 2015年10月21日～2026年02月15日
		加入申込
会員番号 9999999	業者名・店舗名 A運営	
加入者氏名 	住所 	
法人登記番号 	電話番号 000-000-000	
業者登録番号 	業者種別 複数者	
業者登録区分 管理者登録		

**解約希望日**

解約希望日	2025-10-22
解約希望日	1.解約のため（※現場に併い、被保険の保険に加入される場合は3.をご選択ください。）
自由入力	10/30萬葉予定

**返金口座**

口座名義人名（カナ）	カニ ニチヤク
金融機関コード	9999
金融機関支店コード	999
口座種別	普通
口座番号	999999999

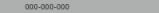
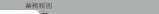
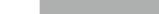
**解約画面の改善へ**

戻る

## 6 「解約する」をクリック

解約の届出

入力内容の確認

契約登録番号	25A04042646	加入プラン	サイバーハイ	保険期間	2025年10月21日～2026年02月15日	<a href="#">加入申込</a>
会員登録番号	99999999	事業者名・店舗名	A里屋	住所		
加入登録番号		電話番号	006-000-000	販路別		
フリガナ		会員登録番号				
誕生日		性別				
郵便番号区分		会員登録番号				
皆様感謝		性別				
<a href="#">解約希望日</a>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;"></p> <p>本当に解約しますか よろしいでしょうか?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span><a href="#">修正する</a></span> <span><a href="#">解約する</a></span> </div> </div>					
解約希望日	1. 告げたため（※荷物に付い、運送先の保障に加入される場合は3.をご選択ください。）					
解約希望日	<input type="text" value="10/30発案予定"/>					
自由入力						

[返金口座](#)

口座名義人名（カナ）	カ) ニチヤク
金融機関コード	9999
金融機関支店コード	999
口座種別	普通
口座番号	999999999

< 戻る

解約画面の送信 >

7 加入状況が「中途解約」へ変わっていることをご確認ください。

※返金についてのご連絡は省略させていただいております。お手数ですが、指定いただいた口座への入金をもつて、明細等につきましては、マイページにてご確認ください。また、振込手数料が解約返戻額を上回った場合、返金は発生しません。

振込人名：ニチヤクバイセキホカヘンキンホケンリヨウ

