

郵便局備え付けの払込取扱票にてお申込みの場合

● 払込みの翌日から補償開始となりますので、お急ぎの場合は郵便局備え付けの【払込取扱票】をご利用ください。

● 保険料は4頁にてご確認ください。

下記の項目をご記入のうえ、払込みをしてください。

※通信欄は記入例どおりの順番で必ずご記入ください。

※払込手数料は、ご依頼人様負担となります。

口座記号：00140-3-94449

加入者名：公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口

通信欄：郵便番号

住所

電話番号（申込み住所でご使用の会員登録電話番号を記入）

店舗名（薬剤師契約で自宅住所を記入された方は記入不要）

フリガナ

会員氏名（加入者になる方のお名前）

会員番号

プラン名

ご依頼人：使用しません。通信欄に必要な事項が書ききれない場合、こちらの欄までご使用ください。

払込取扱票										振替払込請求書兼受領証											
00	口座記号番号			金額	千	百	十	千	百	十	円	口座記号番号									
0	0	1	4	0	3	9	4	4	4	9	¥	3	6	0	0	0	0	1	4	0	3
加入者名				金額	千	百	十	千	百	十	円	加入者名									
公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口				料	金							公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口									
通信欄				〒●●●-▲▲▲▲ 東京都〇〇市▲▲▲▲町□-□-□ 03-〇〇〇〇-▲▲▲▲ ニチャク薬局 ニチャク タロウ 日薬 太郎 9999999 薬局A				おなまえ ニチャク薬局 日薬 太郎 9999999													
ご依頼人				管				法人代表者 「法」 開設者 「開」 とご記入ください													
（ご連絡先電話番号）				日 附 印				日 附 印													
（ご連絡先電話番号）				（印）				（印）													

※通信欄は記入例どおりの順番で必ずご記入ください。

※払込手数料は、ご依頼人様負担となります。

※ご依頼人：使用しません。通信欄に必要な事項が書ききれない場合、こちらの欄までご使用ください。

管理薬剤師 「管」
法人代表者 「法」
開設者 「開」
とご記入ください