(期中変更用)

休業補償保険・長期休業補償保険　各種変更依頼書

フリガナ
加入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（日薬会員番号：　　　　　　　　　　）

フリガナ
被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（日中連絡先：　　　　　　　　　　）

変更を希望する保険種類および変更項目に☑ をご記入のうえ、下記の提出方法にてご提出ください。

≪保険種類≫
休業補償保険：☐ A型　☐ B型　　長期休業補償保険：☐ O型　☐ P型

＝＝＝

☐引落口座を変更　※休業補償・長期休業補償用「預金口座振替依頼書」と本紙「各種変更依頼書」を２枚セットで日本薬剤師会まで郵送にてご提出ください。「預金口座振替依頼書」は日本薬剤師会ホームページより出力できます。

☐加入者名を変更　※本紙のみのご提出で完了です。

フリガナ 新加入者名		日薬会員番号	

☐被保険者を変更　※現加入を解約し再加入の手続きとなります。必要書類を日本薬剤師会より郵送します。

☐申込み住所・電話番号を変更　※本紙のみのご提出で完了です。

新住所	〒
新電話番号	（　　　　）－（　　　　）－（　　　　）

☐加入型を変更　※現加入を解約し再加入の手続きとなります。必要書類を日本薬剤師会より郵送します。

現在	型	変更後	型

☐加入口数を変更　※必要書類を日本薬剤師会より郵送します。保険期間の途中では減額(減口)のみ対応可能となります。増額(増口)をご希望の場合は、次年度契約更新時にお申し出ください。

現在	口	変更後	口

☐解約希望　※必要書類を日本薬剤師会より郵送します。

【お願い】※会員情報に変更がある場合は、必ず都道府県薬剤師会にて変更手続きをお済ませください。

【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。

（１）郵送　：〒160-8389　東京都新宿区四谷３－３－１　７階

（２）ＦＡＸ：03-3353-6270　　（３）メール：kaikei@nichiyaku.or.jp

＜個人情報の取扱いについて＞

◇取扱代理店はご提出いただいた各種変更申込書にご記載の個人情報をもとに、お客さまに最適なプランをご提案させていただきます。

◇ご提案に際しては、適切でわかりやすい資料にてご提案させていただくために、ご提出いただいた各種変更申込書に関する個人情報を、取扱代理店が損害保険代理店委託契約を締結している損害保険ジャパンに提供することにご同意のうえ、各種変更申込書にご記入ください。