

変更申込書はこの原本をご提出ください。
ご本人控はお手数ですがコピーをお取り、保管ください。
公益社団法人 日本薬剤師会宛

黒のボールペンで契約者が記入欄にご記入・押印してください。
また、記入事項を訂正する場合は二重線で消し、契約者印で訂正してください。

薬剤師年金保険 変更申込書

申込日 ※1	変更希望日 ※2
令和 年 月 日	令和 年 月 日
	01

※1「申込日」：提出日をご記入ください。
※2「変更希望日」：毎月20日（20日が土日祝日の場合、前営業日）までに事務局に到着した分については申込日の翌月1日の変更となります。

薬剤師年金 加入者番号				性別	男	女	印鑑
フリガナ	(氏)	(名)	生年月日				○
現在登録氏名			昭和				
			平成				
フリガナ	〒						
現在登録住所							

以下のとおり、薬剤師年金保険の加入者情報の変更を申し込みます。変更する項目の にチェックを付けてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	住所等の変更	フリガナ	〒	
	(新)住所	(氏)	(名)	
	(新)電話番号 (携帯電話も可)			

<input checked="" type="checkbox"/>	氏名変更	フリガナ	(氏)	(名)	日本薬剤師会 会員番号
	(新)氏名				

<input checked="" type="checkbox"/>	保険料払込方法変更	月払	年払 ※3	※3 保険料払込方法を年払へ変更される場合は、今後、変更された月から毎年同月にご指定いただいた銀行口座より保険料の口座引落を行います。
-------------------------------------	-----------	----	-------	---

<input checked="" type="checkbox"/>	保険料引落口座変更	希望する ※4	※4 保険料引落口座の変更の場合、本紙と併せて「預金口座振替依頼書」をご提出ください。
-------------------------------------	-----------	---------	---

<input checked="" type="checkbox"/>	保険料額変更 ※5	増額	現在の保険料 (月払い単位)	円	+	増額する保険料 (月払い単位)	円	=	変更後の保険料 (月払い単位)	円
		減額	現在の保険料 (月払い単位)	円	-	減額する保険料 (月払い単位)	円	=	変更後の保険料 (月払い単位)	円

【保険料額変更欄ご記入の注意】
※5 保険料は払込方法「年払」をご選択時も月払い単位の保険料（月額）にてご希望の保険料をご指定ください。
（「年払」の保険料は割引が適用されます。割引後保険料（年額）の金額はパンフレットをご覧ください。）
また、保険料は月払い単位で最低3,000円から最高500,000円までの範囲で、増額・減額後の保険料が1,000円単位となるようご記入ください。
減額は年1回までです。

契約意向確認欄 下記の契約意向確認内容をお読みいただき、口に （チェック）してください。
※一つでもチェックがない場合はお申込みいただくことができません。

①変更申込書は、契約者となる方がご記入されましたか。配偶者や親族など契約者以外の方が代筆することはできません。	<input type="checkbox"/>
②お申し込みの薬剤師年金保険の保障内容、保障期間、保険料、保険金の受取手続きについて、パンフレットでご確認されましたか。	<input type="checkbox"/>
③保険期間・保険金（年金）・脱退一時金について確認されましたか。	<input type="checkbox"/>
④「重要事項のお知らせ」を読んでいただきましたか。	<input type="checkbox"/>

<日薬使用欄>

記入チェック欄								承認	入力	受付
申込日等	現在氏名	印鑑	新住所等	新氏名	会員番号	払込方法	引落口座	増額・減額		