加入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。

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。

公益社団法人　日本薬剤師会宛

薬剤師年金保険　加入申込書

私は薬剤師年金保険の「重要事項のお知らせ」内容を確認のうえ了承し、被保険者及び保険料振替口座の口座名義人から保険契約の申し込み及び本契約に関する個人情報を貴会へ提供することを同意を得、保険契約を申し込みます。

申込日　※1	加入希望日　※2
令和　年　月　日	令和　年　月　01日

※1「申込日」：提出日をご記入ください。
※2「加入希望日」：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日の加入となります。

契約者（被保険者）欄

日本薬剤師会　会員番号	薬剤師免許番号
	第　　号

ﾌﾘｶﾞﾅ			契約者印	性別　男　女
氏名	（氏）	（名）	「重要事項のお知らせ」及び「契約意向確認内容」を確認しました。	生年月日　昭和・平成　年　月　日
ﾌﾘｶﾞﾅ	〒			
住所（都道府県からご記入ください）				
電話番号（携帯電話も可）				

保険料欄

保険料払込方法（該当する払込方法を○で囲んでください）	月払　　年払※3	※3　保険料払込方法が年払の場合は、毎年加入月に年払保険料をご指定いただいた銀行口座から口座引落を行います。
保険料（月払い単位）※4	000円	

【保険料欄ご記入の注意】
※4　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、1，000円単位でご記入ください。

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、□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加入申込書は、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。	□
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。	□
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。	□
④「重要事項のお知らせ」を読んでいただきましたか。	□

※保険料引落口座は別紙「口座振替依頼書」にてご指定いただき、併せてご提出ください。

＜日薬使用欄＞

日本薬剤師会　加入者番号

記入チェック欄								
申込日等	会員番号等	氏名・性別等	印鑑	住所	電話番号	払込方法	保険料	口座指定

承認	入力	受付

KA04-02

（金融機関用）　　令和　　年　　月　　日

預金口座振替依頼書
自動払込利用申込書（収　加）

私は、SMBCファイナンスサービス株式会社から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納代行会社	SMBCファイナンスサービス株式会社	振替日（払込日）	27 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

ゆうちょ銀行以外の銀行、またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。裏面の記入例をご参照の上、太枠内をご記入ください。

ゆうちょ銀行以外の銀行

金融機関コード		支店コード		預金種目	口座番号（右詰めでご記入ください）
銀行・信用金庫・組合				1.普通 2.当座	
本店・支店・出張所					
（フリガナ）					金融機関お届け印
口座名義人	法人の場合は、社名・代表者名・役名・氏名を省略せずご記入ください				

捨印
ゆうちょ銀行を除く

ご注意！
金融機関へのお届印ですか

ゆうちょ銀行

（フリガナ）		ゆうちょ銀行お届け印
口座名義人	法人の場合は、ゆうちょ銀行へのお届の役名、氏名を省略せずご記入ください	

種目コード	契約種別コード	記号（6 桁目がある場合は、※欄にご記入ください）	番号（右詰めでご記入ください）
1 6 6	3 0	1　　0 ※	

払込先口座番号	00110－5－58830	払込先加入者名	SMBCファイナンスサービス株式会社

（フリガナ）			
申込人名		生年月日（和暦）	年　　月　　日

＜収納企業使用欄（日薬使用欄）＞

収納企業名	公益社団法人　日本薬剤師会	料金等の種類	年金保険料
契約者番号	委託者コード	顧客コード	
	3 1 8 7 0 0 0 0		

－預金口座振替規定－　※ゆうちょ銀行払いは除く

1.銀行（金庫・組合）に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の提出はしません。

2.振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。

3.この契約を解約するときは、私から銀行（金庫・組合）に書面により届出ます。尚、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、銀行（金庫・組合）はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。

4.この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行（金庫・組合）の責めによる場合を除き、銀行（金庫・組合）には迷惑をかけません。

ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関使用欄

（不備返却事由）
1. 預金（貯金）取引なし　3. 印鑑相違
2. 記載事項等相違
　店名、預金種目、口座番号、
　記号番号、口座名義
4. その他（　　）

備考		
検印	印鑑照合	受付印

（金融機関へのお願い）
この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、不備返却事由欄の該当項目に○印をつけて速やかに右記不備返却先へご返送ください。

（不備返却先）
SMBC ファイナンスサービス㈱決済ビジネス事務部
〒108-6350　東京都港区三田3-5-27　TEL03-5444-1533

◎書類の流れ　お客様→日本薬剤師会→SMBC ファイナンスサービス→金融機関

FA01-02

記入例・ご記入に際しての注意点

太枠内を正確にご記入下さい（既に印字されている箇所を除く）。
ゆうちょ銀行以外の銀行、またはゆうちょ銀行のどちらか一方をお選び下さい。

該当の金融機関種別をご選択下さい。

口座番号は預金通帳で確認のうえ、右ヅメでハイフンを除いてご記入下さい。

ゆうちょ銀行以外の銀行

金融機関コード		支店コード		預金種目	口座番号(右詰めでご記入ください)	捨印 ゆうちょ銀行を除く
三井住友	銀行・信用金庫・組合			1.普通 2.当座	1 2 3 4 5 6 7	
若草	本店・支店・出張所					
(フリガナ)	ワカクサ タロウ			金融機関お届け印		
口座名義人	若草 太郎			若草 印		
	法人の場合は、社名・代表者名・役名・氏名を省略せずご記入ください					

ご注意！金融機関へのお届印ですか？

ゆうちょ銀行

(フリガナ)	ワカクサ タロウ	ゆうちょ銀行お届け印
口座名義人	若草 太郎	若草 印
	法人の場合は、ゆうちょ銀行へのお届の役名、氏名を省略せずご記入ください	

種目コード	契約種別コード	記号	番号(右詰めでご記入ください)
1 6 6	3 0	1 2 3 4 0 ※	6 7 8 9 0 3 2 1

払込先口座番号	00110−5−58830	払込先加入者名	SMBCファイナンスサービス株式会社

記号 12340

番号 67890321

（ゆうちょ銀行）
通帳最初のページ上部の『記号と番号』です。

８桁に足りない通帳番号は右ヅメでご記入下さい。
※最後が必ず「1」になります。

※ご記入内容の訂正をされる場合、二重線（＝）で訂正の上、お届け印を押印して下さい。

※ご記入後、同封の返信用封筒で「日本薬剤師会」までご提出下さい。

金融機関へ提出する必要はございません。