

本会専用の払込取扱票（郵便局払込）にてお申込みの場合

- 同封の郵便局の払込取扱票にてお振込みください。

※ネット・口座振替にてお申込の方は同封しておりません。

※各都道府県薬剤師会事務局、または本会総務部 会計・厚生課 損害保険担当にも備えております。必要な方はご請求ください。

※払込手数料は、ご依頼人様負担となります。

打出し事項に誤りや変更がある場合は訂正してください。（訂正印は不要です。）さらに**所属の都道府県薬剤師会にて会員登録の変更手続きをしてください。**会員登録内容と異なったお申込みの場合は、この保険に加入できない場合がありますのでご注意ください。

払込取扱票											
00	東京	01	40	3	9	4	4	4	9	金額	¥36,000
公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口											備考
払込の受取先は、所属都道府県薬剤師会、必ず変更届を提出してください。 振替口座（振替用）は、振替用口座（振替用）とよく区別し、記入してください。 （振替用口座は、振替用口座（振替用）とよく区別し、記入してください。） 振替手数料 160-8389											
東京都新宿区四谷3-3-1 二チャク薬局 日薬 太郎 会員番号 9999999											
ご希望の加入プランを○で囲んでください。											

加入者証が届くまではご加入の確認ができる控えとなりますので、大切に保管してください。



重要

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											
00	01	40	3	9	4	4	4	9	金額	¥36,000	
公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口											備考
〒160-8389 東京都新宿区四谷3-3-1 03-3353-1190 二チャク薬局 日薬 太郎 9999999 薬局A											
ご依頼人：使用しません。											