**薬剤師賠償責任保険・サイバー保険 解約届届出に関する注意事項**

1. 解約希望日をもって保険は無効となりますので、予めご了承ください。

但し、廃業による解約につきましては、「廃業後担保追加条項（薬局契約のみ）」により廃業後の補償も担保されます。詳細はパンフレットをご覧ください。

1. 解約による年間差額保険料を、銀行振込にてご返金いたします。振込手数料は加入者負担とさせていただきますので、保険料返金分より徴収いたします。そのため解約時期によっては、保険料を返金できないことがございます。
2. 解約届提出日より遡っての保険料返金は行っておりません。
3. 口座振替にて保険料を引落している場合、口座振替を停止いたします。
4. 月１回返金処理を行っております。返金されるまで解約届提出日から１ヶ月程度かかりますので、しばらくお待ちください。
5. 複数の契約を同時に解約し、返金保険料を合算してのお受け取りをご希望される場合は、払出証書受取人欄の【合算希望】を丸で囲み、合計人数をご記入ください。解約届は加入者ごとに必要です。解約届を同時にご提出いただいた場合のみ受付いたします。解約希望日が異なっていても構いません。

**【提出方法】**

次ページの「薬剤師賠償責任保険・サイバー保険 解約届」のみ（本紙不要）、下記メールアドレスまでお送りください。

※郵送、FAXでは受け付けておりません。

メールアドレス：kaikei@nichiyaku.or.jp

メールに送信時の件名：薬剤師賠償責任保険・サイバー保険　解約届送付の件」とご入力ください。

※本紙のみご提出ください※

**薬剤師賠償責任保険・サイバー保険 解約届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入者名 |  | フリガナ |  |
| 会員番号 |  | 加入プラン |  |
| 薬局名 | **※自宅住所で申込された場合はご記入不要** | 解約希望日（西暦） | ２０　　年　　月　　日**※提出日より前の日付は不可** |
| 申込住所電話番号 | 〒 | ℡ |
|  |
| 都道府県薬剤師会ｺｰﾄﾞ　　　　　　地域薬剤師会ｺｰﾄﾞ　　　　　　※記入不要 |
| **解約事由** | **該当する番号または理由に〇を、該当する項目のない場合は、自由記載欄にご意見・ご要望等をご記入ください。（複数選択可）**1. **閉局のため（※閉局に伴い、譲渡先の保険に加入される場合は3.をご選択ください。）**
2. **日本薬剤師会退会のため**
3. **他の保険制度に加入するため（加入保険会社：　　　　　　　　　）**

**（理由）・譲渡先の保険へ加入するため****・保険料が割安だったため****・保険内容が充実しているため****・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**1. **その他**

**＜自由記載欄＞** |
| **払出証書受取人** | **【受取人名】****※薬局（法人）へ送付希望で特定の受取人がいない場合、個人名のご記入は不要です。****【住所】**〒**【合算希望】合計　　　　　名** |
| 提出日（西暦）・提出者名・連絡先 | ２０　　　年　　月　　日 |  | ℡ |

--------------------------------------------------日薬使用-----------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 日薬作業 | ＫＰ修正 |
| 支払方法 | 請求管理台帳停止 | 薬賠返金保険料 | ｻｲﾊﾞｰ返金保険料 | 計上入力日 | 加入日 | 保険料 | 変更即収保険料 | 変更詳細 | 変更年月日 |
| 口 銀 〒 |  |  |  |  |  |  | **－** | 1 加入取消2 中途解約3 ﾃﾞｰﾀ削除 | 　　年　　月　　日 |
| 備考１ |  |
| 契約管理番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |