

※一般社団法人日本保険薬局協会正会員の法人のみご加入頂けます。

一般社団法人 日本保険薬局協会御中

保険料振込先：三菱UFJ銀行 新丸の内支店  
普通 4346421  
東京海上日動あんしんコンサルティング株式会社

※振込手数料はご負担ください

提出先：東京海上日動あんしんコンサルティング(株)

加入依頼日 年 月 日

※補償開始日 年 月 1日

※中途加入の場合のみご記載ください

加入依頼者は裏面記載の「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である企業・団体に対して加入を依頼します。

申込印

(ご加入時の同意内容について確認印兼印)

## 2026年度「日本保険薬局協会 薬剤師賠償責任保険」加入依頼書

### 1. ご加入者情報

(1) ご加入される補償項目 (ご希望欄の補償に○をしてください)	<input type="radio"/>	① 薬剤師賠償責任保険(店舗)	<input type="radio"/>	② 薬剤師賠償責任保険 (勤務薬剤師・登録販売者)
(2) 正会員法人名・代表者名	カナ			
(3) 正会員法人住所	〒			
(4) 正会員法人電話番号(代表)				
(5) 正会員法人 担当者名		(6) 担当者電話番号		
(7) 担当者メールアドレス	@			
(8) 振込人名 (上記法人名と異なる場合はご記入ください)				
(9) 保険期間 (中途加入の場合のみご記載ください)	20	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月 1日	～ 2027年2月1日午後4時

### 2. 薬剤師賠償責任保険(店舗)

※加入店舗は別紙明細にご記入ください。

(A) 上記法人で加入をされる店舗数	(B) 1店舗あたりの保険料	(A) × (B) = 薬剤師賠償保険料(店舗)
店舗	( <input type="radio"/> ) 年間加入： 3,130 円 ( <input type="radio"/> ) 中途加入： <input type="text"/> 円	円

年間加入・中途加入のいずれかに○をつけて頂き、中途加入の場合は「中途保険料表」を参考に該当する保険料を赤枠内にご記載ください。

### 3. 薬剤師賠償責任保険(勤務薬剤師・登録販売者)

※加入者は別紙明細にご記入ください。

(A) 上記法人で加入をされる 勤務薬剤師・登録販売者数	(B) 1名あたりの保険料	(A) × (B) = 薬剤師賠償保険料(勤務薬剤師)
人	( <input type="radio"/> ) 年間加入： 1,790 円 ( <input type="radio"/> ) 中途加入： <input type="text"/> 円	円

年間加入・中途加入のいずれかに○をつけて頂き、中途加入の場合は「中途保険料表」を参考に該当する保険料を赤枠内にご記載ください。

### 4. 総額保険料(上記 2. 店舗 + 3. 勤務薬剤師 合計)

円

※振込手数料はご負担願います。

【告知事項申告欄】以下ご回答ください。

1 ★	本保険で補償の対象となる危険について、過去5年以内に損害賠償請求を受けたことがありますか。 (過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知いただいたものを除きます。)	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
2 ★	本保険で補償の対象となる危険について、将来損害賠償請求を受けるおそれのある事実が既に発生していることを知っていますか(過去に引受保険会社と締結した保険契約の申込み時において、既に告知をいただいたものを除きます。)。	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
3	上記1、2のいずれかが「はい」の場合、その具体的な内容を記入		

★他の同種の保険契約等の有無	他の保険契約がある場合のみ「有」としてください。		
	<input type="radio"/> 有	・	<input type="radio"/> 無
	※他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には有に○し、下記に詳細をご記載ください。		
保険会社名	保険の種類	満期日	支払限度額

他の保険契約等 (\* ) 具体的な内容をご記入ください。

(\* )他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

**個人情報の取扱いに関するご案内**

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(セシティップ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること
- ③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(<https://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

- 損害保険会社等の間では、傷害保険等について不正契約における事故招致の発生を未然に防ぐとともに、保険金の適正かつ迅速・確実な支払を確保するため、契約締結および事故発生の際、同一の保険の対象となる方または同一事故に係る保険契約の状況や保険金請求の状況について一般社団法人日本損害保険協会に登録された契約情報等により確認を行っております。これらの確認内容は、上記目的以外には用いません。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合はご加入を解除することができます。また、☆が付された事項(通知事項)に内容の変更が生じることが判明した場合は、すみやかにご加入の代理店または引受保険会社にご連絡いただく義務があります。ご連絡がない場合は、保険金をお支払いできないことがあります。また、変更の内容によってご契約を解除することができます。

**〈ご加入時の同意内容について〉**

加入依頼者は、以下の事項について確認・同意のうえ、契約者である団体に対して加入を依頼します。

- ①加入依頼者が、契約者である団体の構成員であること
- ②加入依頼書裏面記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

**加入依頼書の送付先**

郵送の場合:

〒104-0033

東京都中央区新川1-8-6 秩父ビルディング6階

東京海上日動あんしんコンサルティング株式会社 公務広域法人部 宛

メールの場合:

npha-hoken@web-tac.co.jp まで、PDF化した加入依頼書をご送付ください。

## 藥劑師賠償責任保險 加入明細書 (店舖)

## 薬剤師賠償責任保険 加入明細書(勤務薬剤師・登録販売者)