

# 団体薬剤師賠償責任保険 変更手続きについて

## 1. はじめに

ここでは、団体薬剤師賠償責任保険につきまして、

- 中途加入(2023年2月15日以降のご加入)
- 中途脱退(保険期間途中中でのご解約)
- 登録情報変更(加入依頼者情報)(加入時にお知らせいただいた情報の変更)
- 登録情報変更(明細書情報)(加入時にお知らせいただいた情報の変更)

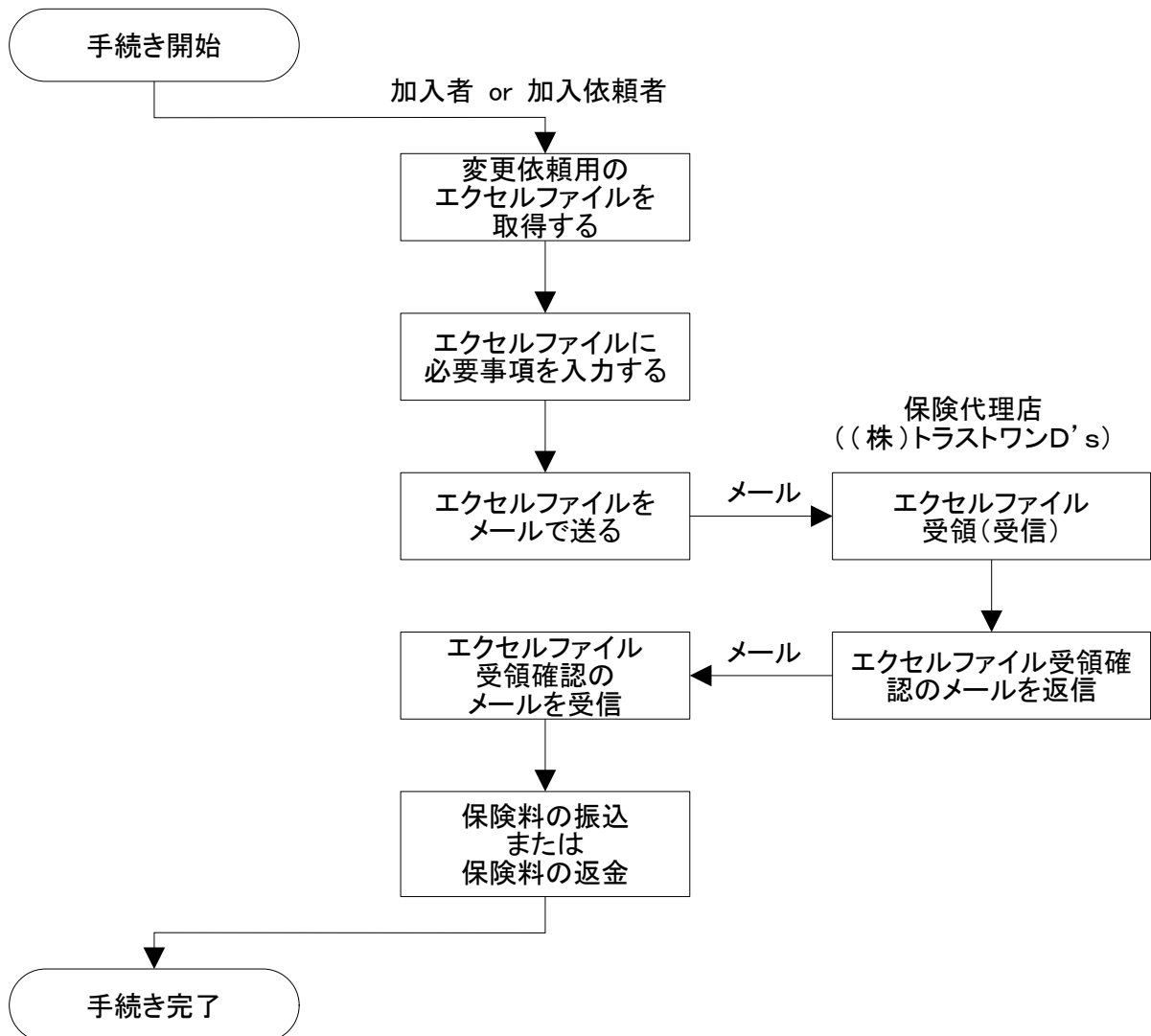
を行う方法につきましてご説明いたします。

なお、中途加入 及び 中途脱退につきましては、『ご加入希望日』より10日前までにご依頼下さい。

## 2. 変更手続きについて

変更手続きにつきましては、所定のエクセルファイルに変更事項をご記入の上、メールにてご依頼いただきます。

下は変更手続きの流れを記載した図です。



以下にエクセルファイルへご記入いただく内容につきまして、変更内容ごとに説明します。

### 3. 中途加入の場合

#### 3.1. エクセルファイルを取得する

該当するエクセルファイルは以下の日本保険薬局協会の URL (web ページ) から取得できます。

<https://secure.nippon-pa.org/insurance.html>

(中途加入、中途脱退、登録情報変更の依頼書(エクセルファイル)は全て同じものです)

#### 3.2. シート『依頼書』へ記入する

エクセルファイルには2つのシートがあります。

はじめにシート『依頼書』へ加入者情報を記入します。

下がシート『依頼書』入力前の画像です。

株式会社 トラストワンD's 御中		
メール送信先: rvnotice@trust-ds.jp		
<団体薬剤師賠償責任保険 変更依頼票 (薬局向け, 薬剤師向け 共通) >		
重要事項等説明書を受領・確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し加入を申し込みます。		
対象		
変更内容		
契約期間	明細書の変更日 ~ 2024年2月15日午後4時	
加入依頼者 (法人)	法人名	
	郵便番号	
	住所	
	TEL	
	担当者名	
本変更依頼票に記載された項目は、日本保険薬局協会にて保険契約申込書に転記し、損害保険ジャパンと保険契約がされます。そのため、変更依頼票のご記入にあたっては十分にご注意ください		
請求書発行について →		
-		
-		
-		
-		
変更保険料:	0 円	

このシートにつきまして、「対象」から順番に入力します。

対象: 「薬局(店舗)向け」、「薬剤師向け」のどちらかを選択して下さい

変更内容: 「中途加入」を選択して下さい

法人名: 加入依頼者の法人名を記入して下さい

郵便番号: 加入依頼書の郵便番号を記入して下さい

住所: 加入依頼書の住所を記入して下さい

TEL: 加入依頼者の電話番号を記入して下さい

担当者名: お手続きの担当者を記入して下さい

お手続き完了後に送ります『加入者証』はこちらにご記入いただいた内容で郵送いたします。

請求書発行について: 「希望する」、「希望しない」のどちらかを選択して下さい

「希望する」場合は下図のように「請求書送付先」欄が現れますので、宛名、郵便番号、住所を入力して下さい

なお、空欄の場合は「希望しない」としてお手続きいたします

請求書発行について →		希望する
		請求書送付先を入力して下さい
請求書送付先	宛名	
	郵便番号	
	住所	
	-	
変更保険料:	0 円	

### 3.3. シート『明細書』へ記入する

続いてシート『明細書』に中途追加する「店舗情報」もしくは「薬剤師情報」を色が付いているセルに左から順番に記入して下さい。

シート『依頼書』の「加入者依頼者」欄と「店舗情報」が同じ場合も必ず記入して下さい。

「変更日」につきましては、『ご加入希望日』を記入して下さい。

下は「店舗情報」を入力するシートです。

ご加入店舗 明細書							
No.	変更日	店舗名	***<入力不要>欄***	郵便番号	店舗住所	店舗TEL	変更保険料

下は「薬剤師情報」を入力するシートです

ご加入薬剤師 明細書							
No.	変更日	薬剤師名	***<入力不要>欄***	郵便番号	自宅住所	電話番号	変更保険料

### 3.4. エクセルファイルをメール送信する

エクセルファイルの送り先は以下です。

以下の標題(タイトル)を付けて送って下さい。

送り先会社名: 株式会社トラストワンD's (トラストワンディーズ)

送り先アドレス: rvnotice@trust-ds.jp

標題(タイトル): 団体薬剤師賠償保険変更依頼

なお、お問い合わせ等がございましたら、メールの本文に記載して下さい。

#### 4. 中途脱退の場合

##### 4.1. エクセルファイルを取得する

該当するエクセルファイルは以下の日本保険薬局協会の URL(web ページ)から取得できます。

<https://secure.nippon-pa.org/insurance.html>

(中途加入、中途脱退、登録情報変更の依頼書(エクセルファイル)は全て同じものです)

##### 4.2. シート『依頼書』へ記入する

エクセルファイルには2つのシートがあります。

はじめにシート『依頼書』へ加入者情報を記入します。

下がシート『依頼書』入力前の画像です。

株式会社 トラストワンD's 御中		
メール送信先: rvnotice@trust-ds.jp		
<団体薬剤師賠償責任保険 変更依頼票(薬局向け, 薬剤師向け 共通)>		
重要事項等説明書を受領・確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し加入を申し込みます。		
対象		
変更内容		
契約期間	明細書の変更日 ~ 2024年2月15日午後4時	
加入依頼者 (法人)	法人名	
	郵便番号	
	住所	
	TEL	
	担当者名	
本変更依頼票に記載された項目は、日本保険薬局協会にて保険契約申込書に転記し、損害保険ジャパンと保険契約がされます。そのため、変更依頼票のご記入にあたっては十分にご注意ください		
		請求書発行について →
-	-	
-	-	
-	-	
-	-	
変更保険料:		0 円

このシートにつきまして、「対象」から順番に入力します。

対象: 「薬局(店舗)向け」、「薬剤師向け」のどちらかを選択して下さい

変更内容: 「中途脱退」を選択して下さい

法人名： 加入依頼者の法人名を記入して下さい  
 郵便番号：加入依頼書の郵便番号を記入して下さい  
 住所： 加入依頼書の住所を記入して下さい  
 TEL： 加入依頼者の電話番号を記入して下さい  
 担当者名：お手続きの担当者を記入して下さい

#### 4.3. シート『明細書』へ記入する

続いてシート『明細書』に中途脱退する「店舗情報」もしくは「薬剤師情報」を色が付いているセルに左から順番に記入して下さい。

「変更日」につきましては、『変更希望日(中途脱退日)』を記入して下さい。

下は「店舗情報」を入力するシートです。

ご加入店舗 明細書							
No.	変更日	店舗名	***<入力不要>欄***	郵便番号	店舗住所	店舗TEL	変更保険料

下は「薬剤師情報」を入力するシートです

ご加入薬剤師 明細書							
No.	変更日	薬剤師名	***<入力不要>欄***	郵便番号	自宅住所	電話番号	変更保険料

#### 4.4. エクセルファイルをメール送信する

エクセルファイルの送り先は以下です。

以下の標題(タイトル)を付けて送って下さい。

送り先会社名： 株式会社トラストワンD's (トラストワンディーズ)

送り先アドレス： rvnotice@trust-ds.jp

標題(タイトル)： 団体薬剤師賠償保険変更依頼

なお、お問い合わせ等がございましたら、メールの本文に記載して下さい。

### 5. 登録情報変更(加入依頼者情報)の場合

#### 5.1. エクセルファイルを取得する

該当するエクセルファイルは以下の日本保険薬局協会の URL(web ページ)から取得できます。

<https://secure.nippon-pa.org/insurance.html>

(中途加入、中途脱退、登録情報変更の依頼書(エクセルファイル)は全て同じものです)

## 5.2. シート『依頼書』へ記入する

エクセルファイルには2つのシートがあります。

はじめにシート『依頼書』に加入者情報を記入します。

下がシート『依頼書』で『登録情報変更(加入依頼者情報)』を選択した時の画像です。

株式会社 トラストワンD's 御中	
メール送信先： rvnotice@trust-ds.jp	
<団体薬剤師賠償責任保険 変更依頼票(薬局向け, 薬剤師向け 共通)>	
重要事項等説明書を受領・確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し加入を申し込みます。	
対象	加入依頼者情報の変更
変更内容	登録情報変更(加入依頼者情報)
契約期間	明細書の変更日 ~ 2024年2月15日午後4時
加入依頼者 (変更前)	法人名
	郵便番号
	住所
	TEL
	担当者名
本変更依頼票に記載された項目は、日本保険薬局協会にて保険契約申込書に転記し、損害保険ジャパンと保険契約がされます。そのため、変更依頼票のご記入にあたっては十分にご注意ください	
請求書発行について →	
加入依頼者 (変更後)	法人名
	郵便番号
	住所
	TEL
変更保険料：	0 円

このシートにつきまして、「対象」から順番に入力します。

対象： 「薬局(店舗)向け」、「薬剤師向け」、「加入依頼者情報の変更」のいずれかを選択して下さい

「薬局(店舗)向け」、「薬剤師向け」両方の「加入者情報」を変更する場合は「加入依頼者情報の変更」を選択して下さい

変更内容：「登録情報変更(加入依頼者情報)」を選択して下さい

「加入依頼者(変更前)」欄

法人名： 『変更前』の加入依頼者の法人名を記入して下さい

郵便番号： 『変更前』の加入依頼者の郵便番号を記入して下さい

住所： 『変更前』の加入依頼者の住所を記入して下さい

TEL： 『変更前』の加入依頼者の電話番号を記入して下さい

担当者名： お手続きの担当者を記入して下さい

「加入依頼者(変更後)」欄

法人名： 『変更後』の加入依頼者の法人名を記入して下さい

郵便番号:『変更後』の加入依頼者の郵便番号を記入して下さい

住所: 『変更後』の加入依頼者の住所を記入して下さい

TEL: 『変更後』の加入依頼者の電話番号を記入して下さい

### 5.3. シート『明細書』へ記入する

「加入依頼者情報」を変更する場合はシート『明細書』へは何も記入しないで下さい。

### 5.4. エクセルファイルをメール送信する

エクセルファイルの送り先は以下です。

以下の標題(タイトル)を付けて送って下さい。

送り先会社名: 株式会社トラストワンD's (トラストワンディーズ)

送り先アドレス: rvnotice@trust-ds.jp

標題(タイトル): 団体薬剤師賠償保険変更依頼

なお、お問い合わせ等がございましたら、メールの本文に記載して下さい。

## 6. 登録情報変更(明細書情報)の場合

### 6.1. エクセルファイルを取得する

該当するエクセルファイルは以下の日本保険薬局協会の URL(web ページ)から取得できます。

<https://secure.nippon-pa.org/insurance.html>

(中途加入、中途脱退、登録情報変更の依頼書(エクセルファイル)は全て同じものです)

### 6.2. シート『依頼書』へ記入する

エクセルファイルには2つのシートがあります。

はじめにシート『依頼書』に加入者情報を記入します。

下がシート『依頼書』入力前の画像です。

株式会社 トラストワンD's 御中		
メール送信先： rvnotice@trust-ds.jp		
＜団体薬剤師賠償責任保険 変更依頼票（薬局向け, 薬剤師向け 共通）＞		
重要事項等説明書を受領・確認し、個人情報の取扱いに関する説明事項に同意し加入を申し込みます。		
対象		
変更内容		
契約期間	明細書の変更日 ~ 2024年2月15日午後4時	
加入依頼者 (法人)	法人名	
	郵便番号	
	住所	
	TEL	
	担当者名	
本変更依頼票に記載された項目は、日本保険薬局協会にて保険契約申込書に転記し、損害保険ジャパンと保険契約がされます。そのため、変更依頼票のご記入にあたっては十分にご注意ください		
		請求書発行について →
-	-	
-	-	
-	-	
-	-	
変更保険料：	0 円	

このシートにつきまして、「対象」から順番に入力します。

対象： 「薬局(店舗)向け」、「薬剤師向け」のどちらかを選択して下さい

変更内容：「登録情報変更(明細書情報)」を選択して下さい

法人名： 加入依頼者の法人名を記入して下さい

郵便番号：加入依頼書の郵便番号を記入して下さい

住所： 加入依頼書の住所を記入して下さい

TEL： 加入依頼者の電話番号を記入して下さい

担当者名：お手続きの担当者を記入して下さい

### 6.3. シート『明細書』へ記入する

続いてシート『明細書』に登録情報変更する「店舗情報」もしくは「薬剤師情報」を色が付いているセルに左から順番に記入して下さい。

なお、「店舗名」および「薬剤師名」の変更が無い場合は「店舗名(変更後)」および「薬剤師名(変更後)」への記入は不要です。

「変更日」につきましては、エクセルファイルをメールする日以降を記入して下さい。

下は「店舗情報」を入力するシートです。



ご加入店舗 明細書							
No.	変更日	店舗名	店舗名 (変更後)	郵便番号	店舗住所	店舗TEL	変更保険料

下は「薬剤師情報」を入力するシートです

ご加入薬剤師 明細書							
No.	変更日	薬剤師名	薬剤師名 (変更後)	郵便番号	自宅住所	電話番号	変更保険料

#### 6.4. エクセルファイルをメール送信する

エクセルファイルの送り先は以下です。

以下の標題(タイトル)を付けて送って下さい。

送り先会社名: 株式会社トラストワンD's (トラストワンディーズ)

送り先アドレス: rvnotice@trust-ds.jp

標題(タイトル): 団体薬剤師賠償保険変更依頼

#### 7. エクセルファイル(依頼書)をメール送信後した後について

エクセルファイルをメール送信していただきましたら、翌営業日に受領手続きを行い、2営業日後までに受領確認メールを返信いたします。