

https://www.jshp.or.jp/banner/hoken.html

締 切 12月20日加入の場合	日 の 中途加入の場合
ネット申込 保険料振込 (本会口座着金)	月によって締切が 異なりますので、 パンフレットを
11月29日 (金) まで	ご参照ください。 ※締切日が昨年と変更になっています。
•••••	

ID: パスワード:

※控えとしてご利用ください。

日本病院薬剤師会会員専用 薬剤師賠償責任保険 ホームページサービス利用について

損害保険ジャパン(株)は、日本病院薬剤師会会員専用 薬剤師賠償責 任保険ホームページサービスを提供します。

ホームページサービスを利用する場合は、下記事項を遵守してご利用 ください。

■利用について

- ●加入者 | Dおよびパスワードを第三者に貸したり、第三者と共有したり、第三者に開示しないとともに、第三者に漏洩することのないよう管理してください。
- 加入者 | Dおよびパスワードにより本サービスが利用されたときには、利用者自身の利用とみなされることに同意するものとします。ただし、故意または過失により加入者 | Dおよびパスワードが第三者に利用された場合にはこの限りではありません。
- ●加入者 | Dおよびパスワードが第三者に使用されていることが判明した場合、速やかにその旨を損害保険ジャパン(株)に連絡してください。



必要となります。

B

渋谷医療センター病院	1	
渋谷 一郎 様	141-52 (第1 (第1	
	0 m 1 m 1 m 1	2024年10月1日
日本病院薬剤師会・薬	谢師賠償責任保険 加入内容確認	
まだ申込費録は完了していま 申込内容と「加入確認(必須)	5世ん。)」を確認のうえ、送信ホタンを押してください。	
ご加入内容		
😐 中込日	2024年10月1日	
(Rikx)2	2024年 12月 20日 から 2025年 12月 20日 まで	
◆ 料約種類	地設料的	
 · 於漢美利師人訳 · ·	10人	
 振込人名義 	シブヤ イチロウ	
後の保護院的の設備		
MORING N	-	
 保険会社名 		
● 保険種類		
● 満期日		
● 保狭金額		
		保険料合計M 23,000 円
加入確認(必須)		
上記中込内容と、下記項目をご	「確認いただき(チェックを入れてください)、「送信」ボタン	を押してください
 パンフレットの内容およ 保険料の払い込み方法を 	よび下記記載の個人情報の取扱に同意し、「薬剤師賠償責任保算 を確認し申し込みます。	1」への加入を必頼します。
保険料の払い込みがない場	1台は、保険の発力が生じません。	
く保入情報の数値について	5	
保険契約署(日本病院委員保ジャパンは、本契約	期時会)は、本期のに関する個人情報を、焼保ジャパンに使用します。 に関する個人情報を、本期的の様行、供害保護等機保ジャパンの取り	なう変長 各種サービスの実内・
時代、後を行うために取 (センシティブ情報)に 現代ジセパンのホームペ	2号・利用し、通貨運行売、商貨運営は、争に運行を行います。 245-1 これいては、保険業活動行規則により増加された目的以外の目的に利用 (一ジ (https://www.somog-jatam.co.jo) に掲載の個人情報保護宣称	########10##10#10#10#10#10#10#10#10#10#1
または映保ジャパン営業 甲込人 (加入着) および彼	はまでお願い合わせ聴います。 秋栄兼都は、これらの個人情報の取扱いに同意の上ご加入ください。	1
-		
	ſ	9正 送信
	Coovrient@Semoo Jac	aan Insurance Inc. Al Rights Reserved.

5 仮申込完了

登録メールアドレスに「申込完了メール」 が送信されれば受付完了です。

※支払方法によって仮申込完了画面は 異なります。

支払方法で【郵便局払込】を選択された場 合は、<u>郵便局払込取扱票記入例</u>をクリック して印刷してください。

※郵便局払込取扱票記入時には、必ず 「Web申込番号(10桁)」および 「加入者氏名カナ」をご記入ください。

※仮申込完了画面を印刷しても記入例は 印字されません。

〈メイン画面〉

6

日本病院	藥剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任係		2に戻る ログアウト	
渋谷医療セン 渋谷 一郎	マター病院 〒152-0002 東京都浜谷区渋谷 2 - 1 2 - 1 Tel.03-3406-0485 域 加入省博報変更 パスワー	1 5 シブヤ医療セ ・ド変更 変更 変更	ンター病院 限歴	
薬剤師賠償責	任保険			メイン両面の
加入内容	加入期間	加入者証	所属薬剤師人数	
詳細	2024年 12月 20日 から 2025年 12月 20日 まで	加入者証	-	
11年1月	2023年 12月 20日 から 2024年 12月 20日 まで	加入省起		――― 詳細 ホタンをクリックします。
\$¥\$田	2022年 12月 20日 から 2023年 12月 20日 まで	加入者証	-	
	人※	数が減少した場合	、手続きは不要です。	
振込先は、申込時 選択時の支払方法 ※保険料以外の振	に選択いただきました支払方法によって異なります、十分ご注意くださ 以外での送金は、保険契約が法立しない恐れがありますので予めご了別 込は受付いたしません。	い。 ください。		※加入内容詳細画面は、ご自身が選択
2024年度バンフ	レット 操作マニュアル			支払方法により、表示内容が異なり
	Copyright©Somp	o Japan Insurance	Inc.,All Rights Reserved.	

[みずほ銀行振込の場合]

				2024	年10月1日
AEA . 9	210830.058	UT/DIA 50.3 db	rove Widem	2021	1 10/71
即云,谢		(住佛庾 加入的)	⇔ ∌∓4©		
FOIDT	r.				
	2024年	10月1日			
	2024年	12月 20日 から 20	25年12月20日まで		
	762CPeV	9			
人数	10人				
	23,000 9	7			
E型剤師 人取	金額	支払方法	振込順日	振込人名莫	記入例
10人	23,000 円	みずほ銀行振込	2024年 11月 30日	シブヤ イチロウ	
有無					
内の有無	=				
					/
					/
					×
	みずは話	(行 普通預金) 40はクマビウク 45		ナモミノナウタレかります	
⇒ 文店-口屋番号 654-6197768					
 ○ 一級社団法人日本湾院薬剤締合 株式会社 換保シャパンロ シャ) ニホンビョウインヤク ● 口座名紙 ゲイシカイ (カ) ソンボジャパンクチ 					
	部会・菜 下の通りで1 人記 10 人 約 のの有類	続会・英州的防衛賞 TO通りです。 2024年 2026年 2027 2026年 2027	続会・英州時時協賞責任保険 加入内 TO通りです。 2024年10月1日 2024年12月20日から20 医設料的 人間 2000円 定動分支 23,000円 23,000円 次形可選択行動込 かず認識行動込 かす認識行動込 かす認識行動込 たたが40270月の 第二 第二 第二 1000円 1000	時会・薬剤時始留面(石除た 加入内容詳細 TO通りです。 2024年10月1日 2024年12月20日から2025年12月20日まで 第28年9 本語 文払力法 御込期日 22.000円 か丁信節行動込 2024年11月30日 大百二日の一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	読会 - 東利時間留置任保険 加入内容詳細 TC-2024年10月1日 2024年12月20日から2025年12月20日まで 照時期の 人間 10人 23,000月 みず運動行動3 2024年11月30日 シブで イチロウ 大変のからいつります。 かず運動行動3 2024年11月30日 シブで イチロウ 本語 2024年12月20日まで、 (541220)日の (541220)日また。 かず運動行動3 2024年11月30日 シブで イチロウ 本語 2024年11月30日 シブロ (541220)

した ます。

振込先は、本保険申込専用の銀行口座 (みずほ銀行クヌギ・ユリノキ・モミノ キ支店)となり、口座番号は加入者ごと に異なりますので、ご注意ください。

こちらに振込先情報が記載されています。

「郵便局払込の場合]

			2024/2			
マレムエミカルや湯	// /Die +0.3 d	vero ≥¥ ¢m	2024年	-10月1日		
米利即泊俱員	性味脾 加入的	合纤细				
C9+						
2024#	10月1日					
2024年	12月 20日 から	2025年 12月 20日 まで				
施設契約)					
10 人						
23,000	Π					
金額	支払方法	振込期日	振込人名義	記入例		
23,000 円	郵便局払込	2024年 11月 30日	シブヤ イチロウ	PDF出力		
他の保険契約の有無						
*						
	業計時時留賞 です。 2024年 2024年 別記編 10人 23,000円 金融 23,000円	業剤時時賠償責任保険 加入内 です。 2024年10月1日 2024年12月20日から 期設料的 10人 23,000円 金融 支払力法 23,000円 新業売払込	業剤師賠償責任保険加入内容詳細 です。 2024年10月1日 2024年12月20日から2025年12月20日まで 地設築的 10人 23,000円 金額 変払方法 願込無日 23,000円 新満業知込 2024年11月30日 業	2024年 案列時始保責任保険 加入内容詳細 です。 2024年10月1日 2024年12月20日から2025年12月20日まで 地設築的 10人 23,000円 全種 実払方法 単込用日 単込人名英 23,000円 新美男払込 2024年11月30日 シブヤ イチロウ 単		

記入例は、加入仮申込完了画面を閉じた 後も、保険申込サイト内の加入内容詳細 画面からいつでもご覧いただけます。

PDF出力 をクリックすると、 記入例が表示されます。

※郵便局払込取扱票記入時には、必ず 「Web申込番号(10桁)」および 「加入者氏名カナ」をご記入ください。

※入金確認後は表示されません。

3 加入者証の印刷

保険料の入金確認後、補償開始日以降に加入者証の印刷ができます!

1

「日本病院薬剤師会ホームページ」にアクセス

日本病院薬剤師会ホームページ」
 にアクセスします。

https://www.jshp.or.jp/ banner/hoken.html

ネット申込はこちらをクリック

してください。

②登録済みの「ID」と「パスワード」を
 入力し
 ログイン
 をクリックします。

3 加入者証の印刷

この画面が表示されたら印刷します。

※加入者証の印刷回数に制限はありません。

※施設契約の追加加入を行った場合は、 総契約者数で表示されます。

> 加入者証には、ログインに必要な IDが記載されています。

※登録内容に変更があった場合は、ご自身で 修正を行いダウンロードしてください。

人数追加の方法(施設契約の場合)

1 メイン画面(申込完了後)

4

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険) 「日本病院薬剤師会ホームページ」 に
第64回前センター病院 第59日の3月前2 - 12 - 15 月前回車12 - 5 月前回目12 - 5 月前目12 - 5 月前回目12 - 5 月前回目	アクセスします。
薬剤師賠償責任保険	
2024年度(2024年 12月 20日始期)	https://www.ichp.or.in/
まだ。 <u>第2</u> 月中し込みされていません。 加入される方は、パンプレットを確認した上で、「加入申込」ボタンをクリッ クしてください。	hanner/heken html
お申込みのご契約は『優人契約』です。施設契約をお申込まれる場合は、 ログインページから「新規ID申請」を実施し、施設契約用のIDを取得してくだ さい。	Danner/noken. num
20入街边(中)線)	
加入内容 加入期間 加入者庭 所属菜用好人款	
詳細 2022年12月20日から2023年12月20日まで 加入者証 100 11 11 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	「イツト中心はこらら」をクリック
※人数が強少した場合、手続きは不満です。	
振込先は、申込時に選択いただきました支払方法によって異なります、十分ご注意ください。 連択時の支払方法は外での送金は、得解解的が加立しない恐れがありますのですめご了承ください。 ** 各様料料がの回転は支付いたしません。	してください。
2024年度パンフレット 操作マニュアル	
Copyright@Sompo Japan Insurance Inc.,All Rights Reserved.	
	② をクリックします。

3 追加人数確認・申込画面

追加人数仮申込完了画面

4

Carbon De C						
	10月1日					
	10/]10					
WebBHAIH #(10f):):1015190010 ● 第使用は込取(日度は入例(19月)-)、いてきたたためは医すます。 ● 第使用は込取(日度は入例(19月)-)、いてきたたためは医すます。 ● 第使用は込取(日度は入例(19月)-)、いてきたたためは医すます。 ● 第使用は込取(日度は入例(19月)-)、いてきたたためは医すます。 ● 第使用はしたの(19月) ● 第使用はしたの(19月) ● 第使用はしたの(19月) ● 第使用はしたの(19月) ● 第使用はたの(19月) ● 第使用(19月) ● 第使						
- SECONDENT OF THE OUTPONE OF THE O						
В 400-с 42 41-0-5 (AMBCA) ABBCR (JEACHA)						
ВИЛКАДОВЛЯДАЛЯ ВОДИ ПОЛИЦИИ ПОЛИЦИИ ПОЛИЦИИ ВОДИ ПОЛИЦИИИ ВОДИ ПОЛИЦИИ ВОДИ ПОЛИЦ						
ВИЛИКАЛОВИЕХАЯ ВОДИ СТАТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТИТ						
中の日本品の作用用と利 日本の日本品の作用用と利 日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日						
◆ ● 和品 2024年10月1日 ● 御田 2024年12月 20日 + ◆ 2025年 12月 20日 ま ▽ ● 利口機構 知時期日 - 新口機構 新時期日 - 新口機構 5 人 - 東山万浩 新学調社人 - 東山万浩 5 人 - 東山万浩 5 ノ - 東山大高 5 ブ ・ チャロコ - 南山大高 5 ブ ・ チャロコ	2 個 x 2 6 6 任保険 N 1 0 5 0 0 相 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
*知込時初 *知込時初 *知知 *知 *1,500 円 *1,500 H *1,50	•					
	2024年 12月 20日 から 2025年 12月 20日 まつ					
 通知人数 5人 支払力法 授<u>券払込</u> 商払人名 シブヤ イチロウ 通知の時344 1.500 円 						
文記方法 新参拝払込 新参拝払込 新参拝払し おごか イチロウ 通知研練科 11,500 円						
 ● 商込人名義 シブヤ イチロウ ● 造加厚葉料 11.500 円 						
道加保険料 11,500 円	SJV 17D7					
服込先情報						
● 標込期目 2024年 11月 30日 までに保険料をお支払いください。						

登録メールアドレスに「申込完了メール」 が送信されれば受付完了です。

※支払方法によって仮申込完了画面は 異なります。

支払方法で【郵便局払込】を選択された場 合は、「郵便局払込取扱票記入例」をクリック して印刷してください。

※郵便局払込取扱票記入時には、必ず 「Web申込番号(10桁)」および 「加入者氏名カナ」をご記入ください。

【ご注意】 保険料の振込をもって加入手続きが完了となります。 保険料が本会の口座に期日までに着金するよう手続きしてください。 ※振込手数料は加入者負担となります。 ※入金完了のご連絡は行いません。不備があった場合のみ、別途ご連絡します。

5 支払方法の確認をしたい場合

P. 6 6 をご参照ください。

5 ご登録 | D情報の変更

1 メイン画面

2 変更内容の入力

日本病院薬養	削師会 会員専	第用 菜剤師賠償責任保険 ログアウト メインページに戻る		
身情物変更 ・ あるやりをされている場合は、高気管理から相助なこともあるかの変更を見たてきまください、 ・ なんかりをされている場合は、高気管理から期になるは、日本的変更相助なことを除ください、 ・ れたりやすやなおいるがは、実施の実現となるは、予定点着当ちら期に支援してください、 ・ またにやすがれたなまだしたならは、予定点着当ちら期に支援してください、 ・ ・ 、 ・ 、 ・ 、 ・ 、 ・ 、 ・ 、 ・ 、 ・ 、 ・ 、				- 改姓(個人契約のみ)は、 改姓の方はこちら(個人契約のみ)を
①時内容 以下の時間は 氏名	CEANS (#1 - #1 UFFORDUMEVEC.ADVECTATION (#1 - #1 ALS (#1 - #1 UFFORDUMEVEC.ADVECTATION (#1 - #1			クリックし専用ページで手続をします。
氏名全角カナ ログインID 半角条数学記号 単記号は、- 0 バー) など	9 6文字〜32文字(2)内 (ハイフン) や_ (アンダ	シゴヤ イダロウ (例:やクザイ タロウ) best_yoku001 (例:yoku200)		
電話曲号 半角の メールアドレス	87	23-3406-0485 (例:103-30000-30000) (例:0012-3400-395.com (例:0012-3400-395.com	1	<u>変更する項目のみ入力</u> し、 送信 を
メールアドレス 防殺名	ス(確認)	myoshkawa50_0950mpo-sys.com (例:○○×+03-3-30) ● 毎辺のたまの一のメールアドレスを再度ご入力ください。 (水谷変歩センター実現		クリックします。
	新使员马 半角数 字 超高阶段	150 - 0002 (HI) 94:045 T		
BEAUTE PR	市区町村商地 建物名	RODGR022-12-15 (例:F代国気子代国1-1) シブヤ第世ンター病説 (例:ABCビル)		
) 施設住所 全角力ナ	修道府県 自動入力 市区町村商地	トウキョウト シブヤクシブヤ2-12-15 (例:チョダクチョダ1-1)		
日共至公員而日 時政策的:東京 個人間的:加入	調整名 電気理想の展明 入意本人の開明	したが、2015年にシステービライン こ 日本市をよっていたい。 この人気能増えるいたい、このもりにすっ、少のう、低温が増水用まれ除合 への人気能増えるいたいでしたい。 入会す年かその、入気能増える「一発信、1999/9000 ・人会すまれからにのう、は、自動増加度によりいてください。 こ2056 第11199900000000000000000000000000000000		
		メインページに戻る Copyright©Sompo Japan Insurance Inc.,AI Rights Reserved.)	

6 その他の機能

【加入のご案内(パンフレット)】

利用上のご注意

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険 ホームページより加入手続きする場合には、 以下の点にご注意ください。

- 1. 登録済みの | Dとパスワードは、今後も必要となりますので大切に保管 してください。
- 2. 本保険に関する重要なお知らせは、登録メールアドレスにご連絡します。

3. 姓名、施設名、住所、メールアドレスなどが変更になった場合は、ご自身で登録内容の修正を行ってください。
 ①施設契約において薬局管理者が変更になった場合は、氏名等の変更登録を行ってください。
 ※薬局管理者の転勤等による施設名の変更登録はご遠慮ください。
 ②個人契約において氏名が変更になった場合は、日本病院薬剤師会にご一報ください。

4. <u>保険料は期日までに必ずお支払いください。</u> 保険料のお振込みがない場合は、契約が成立しません。

5. 日本病院薬剤師会会員専用「薬剤師賠償責任保険」のウェブサイトは、 以下のウェブブラウザでご利用いただくことを推奨します。 推奨ウェブブラウザ以外でのご利用や、推奨ウェブブラウザでもお客様 の設定によっては、ご利用できない場合や正しく表示されない場合があ ります。

- ・Chrome(Windows版) 最新版
- 6. ご不明な点、ご質問等がある場合は下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

 ●取扱代理店 銀泉株式会社 東京アステラス保険営業部 〒105-0022 東京都港区海岸1-2-20 汐留ビルディング17階 TEL:03-6772-2885(受付時間:平日午前9時から午後5時まで) FAX:03-6772-2819
 ●引受保険会社 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課 〒160-8338 東京都新宿区西新宿1丁目26番1号

●保険契約者 一般社団法人 日本病院薬剤師会 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2丁目12番15号 TEL:03-3406-0485 FAX:03-3797-5303

TEL: 03-3349-5137 (受付時間: 平日午前9時から午後5時まで)