

福岡県薬剤師会会員の皆様へ

薬剤師賠償責任保険 ご加入のご案内

(賠償責任保険普通保険約款+薬剤師特別約款)

2026 年度募集用

- 福岡県薬剤師会の会員専用の保険です。
- 団体契約ですので団体割引の適用により保険料が割安です。
- 福岡県薬剤師会会員の皆様には**㈱浜口保険事務所**が相談及び事故の対応に関するアドバイスをいたします。(会員の皆様に代わって、被害者の方と示談交渉を行うことはできませんので、あらかじめご了承ください。)

保 險 期 間 2026年1月20日 午後4時から
2027年1月20日 午後4時まで
申込締切日 2026年1月 9日

中途加入については、その申込締切日(毎月 10 日)の属する月の 20 日の午後 4 時から、2027 年 1 月 20 日午後 4 時までの補償期間となります。

新規・更新保険料 P.5
中途加入保険料 P.5

公益社団法人福岡県薬剤師会
引受保険会社：東京海上日動火災保険株式会社
代 理 店：株 式 会 社 浜 口 保 險 事 務 所

1. 加入対象者

福岡県薬剤師会の会員であることがご加入の条件です。会員以外の方はご加入できません。

非会員の方でご加入をご希望の方は、福岡県薬剤師会へのご入会をお願いいたします。

2. 契約方式

1. 保険契約者 この保険契約は、福岡県薬剤師会を契約者とし福岡県薬剤師会会員を記名被保険者とする薬剤師賠償責任保険の団体契約です。保険証券を請求する権利、保険契約を解約する権利等は福岡県薬剤師会が有します。
2. 記名被保険者（ご加入者） 福岡県薬剤師会の会員
3. 支払限度額および保険料 P1・2・5 に記載。

3. 保険の内容

1. 薬局もしくは医薬品等を販売する店舗を開設されている方、または、当該店舗の管理薬剤師がご加入の場合 ⇒ 一般契約（A 会員および賛助会員の方が加入対象）
2. 薬局などに勤務されている薬剤師または登録販売者の方が個人でご加入される場合 ⇒ 勤務薬剤師・勤務登録販売者契約（A 会員および B 会員が加入対象）

(1)一般契約

店舗単位※1でご加入いただく契約方式です。本契約方式は、被保険者※2の賠償責任を補償する内容となっており、記名被保険者（ご加入者である店舗の開設者または管理薬剤師）の業務の補助者である薬剤師・登録販売者の方も被保険者に含まれます。よって、これらの方々が起こした事故によって、各被保険者個人に法律上の損害賠償責任が発生した場合も、保険の対象となります。

※1 2つ以上の店舗を有しておられる場合には各々別々にご加入が必要です。

※2 被保険者の範囲・・・①記名被保険者②記名被保険者の業務の補助者であって薬剤師・登録販売者いずれかの資格を有するもの③記名被保険者が管理薬剤師として勤務する施設の開設者および施設に勤務する者のうち薬剤師・登録販売者のいずれかの資格を有するもの

※医薬品の製造を行う「製造業」、医薬品の元売業務または輸入業務を行う「製造販売業（いわゆる製薬会社）」、医薬品の卸売業務を行う「卸売販売業」の方はご加入いただけません。

補償内容と支払限度額

免責金額（自己負担額）：0 円

保険金をお支払いする場合	支払限度額	
	1 事故につき	保険期間中につき
【業務危険】 薬剤師業務（*）に起因して、保険期間中に日本国内において発生した対人・対物事故について、被保険者が法律上の賠償責任を負担した場合に保険金をお支払いします。 *薬剤師業務とは、日本国内において行われる次の業務をいいます。 ① 薬剤師法に規定される調剤 ② 医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、乳製品、健康食品その他健康または衛生に関する日用品の販売または供給 ③ 介護を要する者、介護予防の支援を要する者等に対して行う居宅療養上の管理および指導ならびにこれらに付随する業務	2 億円	6 億円
【施設危険】 次の事由に起因して、保険期間中に日本国内において発生した対人・対物事故について、被保険者が法律上の賠償責任を負担した場合に保険金をお支払いします。 a. 施設の構造上の欠陥や管理の不備 b. 施設において行う仕事の遂行（薬剤師業務を除きます。）	対人 1 名につき	対人 1 事故につき
	3,000 万円	1 億円
	対物 1 事故につき	
【初期対応費用担保特約】 この保険の対象となりうる事故が発生した際に、被保険者が負担する事故現場の保存・写真撮影費用、通信費、対人事故の被害者への見舞金・見舞品購入費用等の社会通念上妥当と認められる初期対応費用の支出に対して、保険金をお支払いします。 ※見舞金・見舞品購入費用は、対人事故の被害者 1 名につき 10 万円が限度となります。	750 万円	
	1 事故につき	
	500 万円	

【事故例】 業務危険 ●処方箋による調剤を誤ったために、服用した人の身体の具合が悪くなった。

- 薬の服用方法についての指示を誤ったために、服用した人が中毒になった。
- 健康食品の保管状態が悪く変質していたため、購入した人が食中毒になった。

施設危険 ●陳列棚から商品が落ちて、買い物客がケガをした。

- 自動ドアが故障し、子供が挟まれてケガをした。
- 自転車で薬を配達中に通行人にぶつかりケガをさせた。

等

(2)勤務薬剤師・勤務登録販売者契約

薬局などに勤務されている薬剤師・登録販売者個人単位でご加入いただく契約方式です。本契約は、勤務薬剤師・勤務登録販売者個人（被保険者）が当事者として賠償責任を問われた場合に備える保険です。

※薬剤師であっても製薬会社の管理薬剤師・研究員、毒物劇物営業者の毒物劇物取扱責任者等に該当する方はご加入いただけません。

【店舗外部からの派遣依頼業務について】

一般契約ご加入店舗の勤務薬剤師・勤務登録販売者の方が、店舗外部からの派遣依頼に基づく業務遂行中に事故を起こした場合は、一般契約の補償対象となりません。店舗外部からの派遣依頼業務に対応できる保険は「勤務薬剤師・勤務登録販売者契約」となっておりますので一般契約とは別に「勤務薬剤師・勤務登録販売者契約」へのご加入をお勧めいたします。ただし、ご加入店舗の顧客に対する訪問販売や訪問服薬指導等、ご加入店舗の業務の一環として実施される店舗外での業務については、「一般契約」でも補償対象となります。

補償内容と支払限度額

免責金額（自己負担額）：0円

保険金をお支払いする場合	支払限度額	
被保険者が行う次の業務の遂行に起因して、保険期間中に日本国内において発生した対人・対物事故について、被保険者が法律上の賠償責任を負担した場合に、保険金をお支払いします。 a. 薬剤師業務（＊） b. 薬剤師業務に従事する店舗その他の施設において行う薬剤師業務（＊）以外の仕事 ＊薬剤師業務とは、日本国内において行われる次の業務をいいます。 ① 薬剤師法に規定される調剤 ② 医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、乳製品、健康食品その他健康または衛生に関する日用品の販売または供給 ③ 介護を要する者、介護予防の支援を要する者等に対して行う居宅療養上の管理および指導ならびにこれらに付随する業務	1 事故につき	保険期間中につき
	2 億円	6 億円
【初期対応費用担保特約】 この保険の対象となりうる事故が発生した際に、被保険者が負担する事故現場の保存・写真撮影費用、通信費、対人事故の被害者への見舞金・見舞品購入費用等の社会通念上妥当と認められる初期対応費用の支出に対して、保険金をお支払いします。 ※見舞金・見舞品購入費用は、対人事故の被害者1名につき10万円が限度となります。	1 事故につき	
	500 万円	

【事故例】 ●処方箋による調剤を誤ったために、服用した人の身体の具合が悪くなった。

- 薬の服用方法についての指示を誤ったために、服用した人が中毒になった。
- 健康食品の保管状態が悪く変質していたため、購入した人が食中毒になった。

等

4. お支払いの対象となる損害(一般契約・勤務薬剤師・勤務登録販売者契約共通)

この保険では、被保険者が負担する次の損害に対して約款の規定に従い、保険金をお支払いします。

①法律上の損害賠償金	法律上の損害賠償責任が発生した場合において、被保険者が被害者に対して支払責任を負う損害賠償金 ※賠償責任の承認または賠償金額の決定前に引受保険会社の同意が必要となります。
②争訟費用	損害賠償責任に関する訴訟や示談交渉において、被保険者が引受保険会社の同意を得て支出した弁護士費用、訴訟費用等（訴訟に限らず調停・示談等も含みます。）
③損害防止軽減費用	事故が発生した場合において、被保険者が他人から損害賠償を受ける権利の保全・行使手続きまたはすでに発生した事故に係る損害の発生・拡大の防止のために引受保険会社の同意を得て支出した費用
④緊急措置費用	事故が発生し、被保険者が損害の防止軽減のために必要な手段を講じた後に損害賠償責任がないことが判明した場合において、応急手当、護送等緊急措置に要した費用、または引受保険会社の同意を得て支出したその他の費用
⑤協力費用	引受保険会社が被保険者に代わって損害賠償請求の解決に当たる場合において、被保険者が引受保険会社の求めに応じて協力するために支出した費用
⑥初期対応費用	次の費用のうち、事故に対応するために直接必要なものをいいます。 ・事故現場の保存、事故状況の調査・記録、写真撮影または事故原因の調査費用 ・事故現場の取り片付け費用 ・被保険者の役員または使用人を事故現場に派遣するための交通費・宿泊費等の費用 ・通信費 ・事故が他人の身体の障害である場合において、被害者に対する見舞金もしくは香典または見舞品購入費用 ・書面による引受保険会社の同意を得て支出された新聞等へのお詫び広告の掲載費用 ・その他上記の費用に準ずる費用。ただし、他人の身体の障害以外の事故について被保険者が支払った見舞金または見舞品購入費用を含みません。

保険金の支払方法は次の通りです。

- ・上記①の法律上の損害賠償金については、その額に対して保険金をお支払いします。ただし、ご加入された支払限度額がお支払いの限度となります。
- ・上記②～⑤の費用は、原則としてその全額がお支払いの対象となります（支払限度額は、適用されません）。ただし、②の争訟費用については、「①法律上の損害賠償金＞支払限度額」となる場合は、「支払限度額÷①法律上の損害賠償金」の割合によって削減して保険金をお支払いします。
- ・上記⑥の初期対応費用は、その額に対して保険金をお支払いします。ただし、ご加入された支払限度額がお支払いの限度となります。また、対人事故の被害者に対する見舞金・見舞品購入費用は、初期対応費用保険金の支払限度額の内枠で、1 事故において対人事故の被害者 1 名につき 10 万円が限度となります。

【お支払いの対象とならない主な場合】

次の事由により生じた損害については、保険金をお支払いできません。

- ＜ 共 通 ＞ ●保険契約者、被保険者の故意
 ●戦争、変乱、暴動、騒じょう、労働争議
 ●地震、噴火、洪水、津波または高潮
 ●他人との特別の約定によって加重された賠償責任
 ●被保険者が所有・使用・管理する財物の損壊につき、正当な権利（所有権等）を有する者に対する賠償責任
 ●医薬品等自体の損壊について負担する賠償責任
 ●自動車、原動機付自転車、航空機または船舶の所有、使用または管理
 ●サイバー攻撃 等
- ＜ 施 設 危 険 ＞ ●施設の修理、改造、取壊し等の工事
 ●建物外部から内部への雨・雪等の浸入または吹込み 等

上記は、主な場合のみを記載しております。詳細は団体の代表者にお渡ししてあります保険約款でご確認ください。また、保険始期前に生じた事故につきましては、保険金のお支払いができませんのでご注意ください。

5. 事故が起きた場合の対処について

ご契約者または被保険者が、保険事故または保険事故の原因となりうる偶然な事故または事由が発生したことを知ったときは、遅滞なく電話または FAX で代理店もしくは引受保険会社までご連絡の上、今後の事故の対処についてご相談ください。

(1)ご連絡いただく主な内容

福岡県薬剤師会の団体契約にご加入されている旨お伝えいただいたうえ、下記内容につきご連絡ください。

- 事故発生の日時、場所
- 事故原因、状況
- 被害者の住所・氏名
- 被害者から損害賠償請求を受けたときは、その内容と金額 等

(2)事故発生時のご注意点

- ① 賠償責任の問題は薬剤師の皆様の問題でもあり、慎重な取扱を要しますので、ご自身の判断で賠償責任を容認なさらずに、必ず代理店もしくは引受保険会社にあらかじめご相談ください。ご加入者の皆様と被害者側との賠償問題が円満、迅速に解決されるようご協力いたします。
- ② この保険には引受保険会社が被保険者に代わって被害者の方との示談交渉を行う「示談交渉サービス」はございません。したがってこの保険が適用されると考えられる事故が発生した場合には、引受保険会社の担当部署からの助言に基づき、被保険者ご自身に被害者との示談交渉を進めていただくことになりますので、あらかじめご承知置きください。
- ③ 引受保険会社の承認を得ないで被保険者側で示談された場合には、示談金額の全部または一部を保険金としてお支払いできない場合がございますのでご注意ください。
- ④ 万一、訴訟になりましたら、引受保険会社の書面による同意があれば、相手側との交渉を被保険者より弁護士に委嘱することも可能です。
- ⑤ ご契約者または被保険者が、保険事故または保険事故の原因となりうる偶然な事故または事由が発生したことを知ったときは、遅滞なく電話または FAX で以下の事故発生時のご連絡先にご連絡ください。ご連絡が遅れた場合には、保険金を減額してお支払いすることがありますのでご注意ください。保険金請求権については時効（3 年）がありますのでご注意ください。

(3)事故発生時のご連絡先

株式会社浜口保険事務所（担当：坂本）

TEL：093-922-1253

FAX：093-922-6349

東京海上日動火災保険株式会社

東京海上日動安心 110 番（事故受付センター）

TEL：0120-720-110 受付時間 24 時間 365 日

九州損害サービス第一部火災新種損害サービス課

TEL：092-281-8146 受付時間 9:00~17:00（土・日・祝日を除く）

6. 募集期間と保険料

(1) 募集期間と保険期間

	募集期間	申込締切日	保険期間（補償期間）
新規・更新加入	2026 年 1 月 9 日まで	2026 年 1 月 9 日（金）	2026 年 1 月 20 日午後 4 時から 2027 年 1 月 20 日午後 4 時まで
中途加入	2026 年 1 月 10 日以降	毎月 10 日 （土・日・祝日の場合は前日）	申込締切日の属する月の 20 日午後 4 時から 2027 年 1 月 20 日午後 4 時まで

(2) 保険料 ※団体割引 20%適用保険料

① 新規・更新加入(1 月 9 日までにお振込み完了)の場合

ご契約タイプ	一般契約 (1 店舗あたり保険料)	勤務薬剤師・勤務登録販売者契約 (1 名あたり保険料)
年間保険料	4,980 円	2,020 円

※早期にお振込みいただきました場合でも、加入者証は一斉発送のため 2 月末頃の発送となります。

② 中途加入(1 月 10 日以降にお振込み)の場合

	お振込み期間	ご契約タイプ		補償始期	補償期間
		一般契約	勤務薬剤師・勤務登録販売者契約		
適用保険料	1 月 10 日 ～ 2 月 10 日	4,570 円	1,860 円	2 月 20 日	11 か月
	2 月 11 日 ～ 3 月 10 日	4,150 円	1,680 円	3 月 20 日	10 か月
	3 月 11 日 ～ 4 月 10 日	3,740 円	1,520 円	4 月 20 日	9 か月
	4 月 11 日 ～ 5 月 10 日	3,320 円	1,350 円	5 月 20 日	8 か月
	5 月 11 日 ～ 6 月 10 日	2,910 円	1,180 円	6 月 20 日	7 か月
	6 月 11 日 ～ 7 月 10 日	2,500 円	1,010 円	7 月 20 日	6 か月
	7 月 11 日 ～ 8 月 10 日	2,070 円	850 円	8 月 20 日	5 か月
	8 月 11 日 ～ 9 月 10 日	1,660 円	670 円	9 月 20 日	4 か月
	9 月 11 日 ～ 10 月 10 日	1,240 円	510 円	10 月 20 日	3 か月
	10 月 11 日 ～ 11 月 10 日	830 円	340 円	11 月 20 日	2 か月
	11 月 11 日 ～ 12 月 10 日	410 円	170 円	12 月 20 日	1 か月

本保険制度の団体割引 20%は、前年度契約の始期日時点の加入件数をもとに適用しております。

7. ご加入方法

①同封させていただいております指定の払込取扱票に、必要事項をご記入・ご捺印のうえ、ご加入に必要な保険料を最寄りのゆうちょ銀行・郵便局よりお振り込みください。

※一般契約および勤務薬剤師・勤務登録販売者契約を複数ご加入される場合は同一開設者単位でまとめてお振り込みください。

※払込手数料は払込人負担となっております。

②ご記入方法は、P9～10をご参照ください。

③同一加入依頼者の方が複数の加入者の分を取りまとめてご加入いただく場合は、【複数加入者用明細報告書】(P11)を切り取り、P10の記入例をご参照いただきご記載の上速やかに福岡県薬剤師会までFAXもしくは郵送にてご報告ください。

④お振込みいただいた際にゆうちょ銀行・郵便局よりお受取りになられる「振替払込請求書兼受領証」が、ご加入いただいた事書類となりますので、後日発送します「加入者証」が届くまで保管してください。

⑤加入者証の発送は、団体契約のため早期にお振込みいただいた場合でも2月末頃に一齐に発送となります。

中途加入につきましては補償始期日の翌々月までに加入者証が届かない場合は、団体窓口にお問い合わせください。

8. 本制度に関するお問い合わせ先

(1)本制度の加入及び変更・訂正について

〒812-0018 福岡市博多区住吉 2-20-15

公益社団法人福岡県薬剤師会

TEL:092-271-3791 FAX:092-281-4104

(2)本制度の補償内容について

代 理 店

〒802-0066 北九州市小倉北区萩崎町 8-31

株式会社浜口保険事務所

TEL:093-922-1253 FAX:093-922-6349

引受保険会社

〒802-8545 北九州市小倉北区米町 1-5-20

東京海上日動火災保険株式会社 (担当支社) 北九州支店 北九州支社

TEL:093-521-9642 FAX:050-3385-7219

(3)ご加入の際のご注意

このご案内書は、薬剤師賠償責任保険の概要をご紹介しますものです。薬剤師賠償責任保険に関するすべての事項を記載しているものではありません。詳細につきましては、引受保険会社よりご契約者である団体の代表者にお渡ししてあります保険約款をご確認ください。保険約款等内容の確認をご希望される場合には、団体までご請求ください。また、保険金のお支払い条件・ご加入手続、その他、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく代理店または、引受保険会社までお問い合わせください。ご加入者と被保険者が異なる場合はパンフレットの内容を被保険者にご説明いただきますようお願いいたします。

他の保険契約等がある場合

この保険契約と重複する保険契約や共済契約が他にある場合は、次のとおり保険金をお支払いします。

他の保険契約等で保険金や共済金が支払われていない場合：他の保険契約等とは関係なく、この保険契約のご加入内容に基づき保険金をお支払いします。

他の保険契約等で保険金や共済金が支払われている場合：損害額から既に他の保険契約等で支払われた保険金や共済金を差し引いた残額に対し、この保険契約のご加入内容に基づき保険金をお支払いします。

代理店の業務

代理店は、引受保険会社との委託契約に基づき、保険契約の締結、契約の管理業務等の代理業務を行っております。したがって、代理店と有効に締結されたご契約は、引受保険会社と直接締結されたものとなります。

保険会社破綻時の取扱い

引受保険会社が経営破綻した場合等には、保険金、返れい金等の支払が一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。なお、引受保険会社の経営が破綻し、ご契約者が個人、「小規模法人」（破綻時に常時使用する従業員等の数が20人以下の日本法人、外国法人（日本における営業所等が締結した契約に限る））またはマンション管理組合である場合には、この保険は「損害保険契約者保護機構」の補償対象となり、保険金、返れい金等は原則として80%（破綻保険会社の支払停止から3ヶ月間が経過するまでに発生した保険事故に係る保険金については100%）まで補償されます。

（ご契約者が個人等以外のものである保険契約であっても、その被保険者である個人等がその保険料を実質的に負担すべきこととされているもののうち、その被保険者に係る部分については、上記補償の対象となります。）

告知義務

加入依頼書等に★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。ご加入時にこれらの事項に正確にお答えいただく義務があります。これら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、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。※代理店には、告知受領権があります。

通知義務

ご加入後に加入依頼書等に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じた場合は、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あります。

保険金請求の際のご注意

責任保険において、被保険者に対して損害賠償請求権を有する保険事故の被害者は、被保険者が引受保険会社に対して有する保険金請求権（費用保険金に対するものを除きます。）について、先取得権を有します（保険法第22条第1項）。「先取得権」とは、被害者が保険金給付から他の債権者に先立って自己の債権の弁済を受ける権利をいいます。被保険者は、被害者に弁済をした金額または被害者の承諾を得た金額の限度においてのみ、引受保険会社に対して保険金を請求することが出来ます（保険法第22条第2項）。このため、引受保険会社が保険金をお支払いできるのは、費用保険金を除き、次の①から③までの場合に限られますので、ご了解ください。

- ① 被保険者が被害者に対してすでに損害賠償としての弁済を行っている場合
- ② 被害者が被保険者への保険金支払を承諾していることを確認できる場合
- ③ 被保険者の指図に基づき、引受保険会社から被害者に対して直接、保険金を支払う場合

補償の重複に関するご注意

補償内容が同様の保険契約（特約条項や引受保険会社以外の保険契約を含みます。）が他にある場合は、補償が重複することがあります。補償が重複すると、対象となる事故について、どちらのご契約からでも補償されますが、いずれか一方のご契約からは保険金が支払われない場合があります。補償内容の差異や支払限度額をご確認のうえ、ご契約の要否をご検討ください。

ご加入の取消し・無効・重大事由による解除について

（1）ご加入時にご契約者または被保険者に詐欺または強迫の行為があった場合は、引受保険会社はご加入を取り消すことができます。

（2）ご加入時にご契約者が保険金を不法に取得する目的または他人に保険金を不法に取得させる目的をもって加入した場合は、ご加入は無効になります。

(3) 以下に該当する場合は、引受保険会社はご契約を解除することができます。この場合は、全部または一部の保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

- ・ご契約者または被保険者が引受保険会社にご契約に基づく保険金を支払わせることを目的として損害を生じさせた場合
- ・ご契約者または被保険者が、暴力団関係者その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合
- ・この保険契約に基づく保険金の請求に関し、被保険者に詐欺の行為があった場合 等

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（センシティブ情報）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、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(www.tokiomarine-nichido.co.jp) をご参照ください。

一般社団法人 日本損害保険協会 そんぱADRセンター(指定紛争解決機関)

東京海上日動火災保険(株)は、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。

東京海上日動火災保険(株)との間で問題を解決できない場合には、同協会に解決の申し立てを行うことができます。

詳しくは、同協会のホームページをご確認ください。

(<https://www.sonpa.or.jp/>)



0570-022808

IP電話からは03-4332-5241をご利用ください。

受付時間: 平日 午前9時15分～午後5時

(土・日・祝日・年末年始はお休みとさせていただきます。)

通話料
有料

記入上の注意・告知事項・記入例

- ① 右の表を参考にもれなくご記入ください。

	一般契約	勤務薬剤師・勤務登録販売者契約
対象	A・賛助会員	A・B会員
住所	店舗	自宅
電話	店舗	自宅（携帯も可）
店舗名	記入要	×（記入不要）

- ② 告知事項…本保険のご加入にあたりましては、告知事項への回答が必要となります。以下の質問事項をお読みの上、払込取扱票（加入依頼書）の告知事項回答欄（複数加入の場合はP11の複数加入者用明細報告書の告知事項回答欄）にご回答下さい。いずれかが「はい」の方は、その詳細につきP12の用紙にてお知らせ下さい。

【告知事項★】

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。（過去に東京海上日動と締結した保険契約の申し込み時において、すでに告知頂いたものを除きます。）
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すでに発生していることを知っていますか。（過去に東京海上日動と締結した保険契約の申し込み時において、すでに告知頂いたものを除きます。）
3. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。

「はい」と回答された方はP12へ

保険料を誤って多く払込みされた場合、その差額から返金に要する費用を差し引いた額をご返金いたします。なお、差額によりご返金出来ない場合もあります。

保険料振込後、大切に保管して下さい。

払込取扱票

口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。

00 01760-4 48442 金額 千：百：十：万：千：百：十：円 711980

公益社団法人福岡県薬剤師会団体保険

加入者名 住所 北九州市小倉北区萩崎町8-31 加入依頼日 2025年12月26日

会員名 浜口太郎 電話 093-922-1253

店舗名 株式会社 浜口薬局 所属薬剤師会 小倉 薬剤防金

加入件数 一般(2件) 告知事項回答欄 1. はい 2. はい 3. はい

勤務薬剤師・勤務登録販売者契約は店舗名不要 自宅の住所をご記入下さい。

法人名がある場合は法人名もご記入下さい。

告知事項は漏れなくご回答下さい。複数加入の場合は複数加入者用明細報告書へご回答下さい。

ご捺印をお願いします

振替払込請求書兼受領証

口座記号・番号 01760-4 48442

加入者名 公益社団法人 福岡県薬剤師会団体保険

金額 千：百：十：万：千：百：十：円 711980

おなまえ 株式会社 浜口薬局

ご依頼人 様

（消費税込） 日 附 印

この受領証は、大切に保管してください。

【送付先】公益社団法人福岡県薬剤師会御中(FAX:092-281-4104)

複数加入者用明細報告書

加入依頼日	2025 年 12月 26日	送付枚数 1 枚
振込予定日	2025 年 12月 26日	
連絡先	名前	浜口 太郎
	TEL	093-922-1253
	FAX	同上

加入依頼者名： 浜口 太郎										
	契約種類	会員区分	所属薬剤師会	会員名 (加入者兼記名被保険者☆)	申込印 兼 ご加入時の確認 事項確認印	店舗名 ☆ (一般契約のみ)	住 所 ☆	電話番号	保険料 (円)	【告知事項回答欄】★ パンフレットP9の「告知事項」の 質問にお答えください。いずれ かが「はい」の場合は、P12の用紙 で詳細をお知らせください。
1	一般 勤務	A B 賛助	小倉	浜口 太郎		㈱浜口薬局 本店	〒802-0066 北九州市小倉北区萩崎町8-31	093-922-6349	4,980	1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ
2	一般 勤務	A B 賛助	福岡	上野 次郎		㈱浜口薬局 博多店	〒812-0875 福岡市博多区綱場町3-3	092-673-1862	4,980	1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ
3	一般 勤務	A B 賛助	小倉	東海 花子		×	〒802-8545 北九州市小倉北区米町1-5-20	093-521-9651	2,020	1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ
4	一般 勤務	A B 賛助					〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ
5	一般 勤務	A B 賛助					〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ

※勤務薬剤師・勤務登録販売者契約の場合はご自宅の住所をご記入ください。

店舗名のご記入は不要です。

※「複数加入者用明細報告書」でお申込みをされた会員様は、別途個別での申込みは不要となります。
(重複振込をされないようお願い致します。)

払込金額合計 11,980 円

＜ご加入時の確認事項＞

私は、契約者である企業または団体の構成員であることを確認し、団体に對してこの保険契約への加入を依頼します。また、私は、パンフレットP8に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容について確認のうえ、同意いたします。

★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。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご契約を解除することがあります。ご加入後に☆が付された事項(告知事項)に内容の変更が生じた場合には、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加入を解除することがあります。

薬剤師会使用欄	支払取扱票
	No.
	—

【送付先】公益社団法人福岡県薬剤師会御中（FAX:092-281-4104）

複数加入者用明細報告書

（福岡県薬剤師会薬剤師賠償責任保険2026年度募集用）

加入依頼日	20 年 月 日	送付枚数 枚
振込予定日	20 年 月 日	
連絡先	名前	
	TEL	
	FAX	

加入依頼者名：											
	契約 種類	会員 区分	所属 薬剤師会	会 員 名 ☆ (加入者兼記名被保険者 ☆)	申込印 兼 ご加入時の確認 事項確認印	店 舗 名 ☆ (一 般 契 約 の み)	住 所 ☆	電 話 番 号	保 険 料 (円)	【告知事項回答欄】★ パンフレットP9の「告知事項」の 質問にお答えください。いずれ かが「はい」の場合は、P12の用紙 で詳細をお知らせください。	
1	一般 勤務	A B 賛助			印		〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ	
2	一般 勤務	A B 賛助			印		〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ	
3	一般 勤務	A B 賛助			印		〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ	
4	一般 勤務	A B 賛助			印		〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ	
5	一般 勤務	A B 賛助			印		〒			1. はい いいえ 2. はい いいえ 3. はい いいえ	

※勤務薬剤師・勤務登録販売者契約の場合はご自宅の住所をご記入ください。店舗名のご記入は不要です。

※「複数加入者用明細報告書」でお申込みをされた会員様は、別途個別での申込みは不要となります。
（重複振込をされないようお願い致します。）

＜ご加入時の確認事項＞
私は、契約者である企業または団体の構成員であることを確認し、団体に対してこの
保険契約への加入を依頼します。また、私は、パンフレットP8に記載の「個人情報の
取扱いに関するご案内」の内容について確認のうえ、同意いたします。

★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。これらに事実と異なる記載をした場合やこ
れらに事実を記載しない場合は、ご契約を解除することがあります。ご加入後に☆が付された事項(通知事項)に内容の
変更が生じた場合には、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加入を解除することがあります。

払込金額合計 円

薬 剤 師 会 使 用 欄	支払取扱票
	No. —

P9 告知事項「はい」該当の方へ

【送信先】株式会社浜口保険事務所
山本・西之原宛（FAX:093-922-6349）

告知事項等申告書

（福岡県薬剤師会薬剤師賠償責任保険 2026 年度募集用）

本保険のご加入にあたりましては、告知事項への詳細回答が必要となります。下記質問事項をお読みのうえ、払込取扱票（加入依頼書）の告知事項回答欄（複数加入の場合は、複数加入者用明細報告書の告知事項回答欄）にご回答ください。いずれかが「はい」の方は、その詳細につき本用紙にてお知らせください。

【告知事項申告欄★】

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。（過去に東京海上日動と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）
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すでに発生していることを知っていますか（過去に東京海上日動と締結した保険契約の申込み時において、すでに告知いただいたものを除きます。）。
3. 他の同種の保険契約または共済契約がありますか。
★

①上記 1、2.のいずれかが「はい」の場合は、その具体的な内容を記入してください。

--

②上記 3.が「はい」の場合は、下欄にその具体的な内容を記入してください。

★ 会社名	保険等の種類
満期日	保険金額（支払限度額）

送信者

会 員 名 :
契 約 種 類 : 1.一般契約 2.勤務薬剤師・勤務登録販売者契約
住 所 :
電 話 番 号 :
店舗名（一般契約のみ） :
所 属 薬 剤 師 会 : 薬剤師会

★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。これらに事実と異なる記載をした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あります。ご加入後に☆が付された事項（通知事項）に内容の変更が生じた場合は、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加入を解除することがあります。