

操作マニュアル

ユーザー登録

1. メールアドレス登録をする。

メールアドレス登録

メールアドレス

farumin@nichiyaku.or.jp

- ご利用が可能なメールアドレスをご入力ください。1つのメールアドレスで複数のアカウントは作成できませんのでご了承ください。
- 迷惑メール対策で受信設定を変更されている場合は、申請の前にドメイン名(dantaihoken.net)からメールが届くように設定の変更をお願いします。

登録する



以下のアドレスに
ユーザー登録用のURLを送付しました

送付されたメールに記載されたURLより、ユーザー登録を完了させてください。

登録メールアドレス

farumin@nichiyaku.or.jp

※ユーザー登録の有効期間は72時間です。72時間を経過するとアクセスできなくなりますので、最初のメールアドレスから再度操作をお願いします。

2. ユーザー登録をする。

ユーザー登録（ログインID作成）

パスワードは半角英数6文字以上、記号を含まないもので設定してください。

登録メールアドレス

farumin@nichiyaku.or.jp

薬局名（会社名）

氏名

連絡先電話番号

パスワード
パスワードは1種類以上の文字と数字で入力してください。

パスワード（確認用）
確認用にもう一度入力してください。

キャンセル

3. ユーザー登録完了です。



ご登録いただいたメールアドレスに届いたログイン用URLからログインしてください。

4. ログイン用URLからログインする。



ログインすると、2段階認証用の認証コードがメールに届きます。

5. 認証コードを入力してログインする。

認証コードを入力してください。

送信

ご登録いただきましたメールアドレスに、マイページへの
ログインURLを送信いたしました。
ご確認の上、ログインしてください。

[認証コードを再送する](#)

ご登録いただいたメールアドレスに届いた認証
コードを入力してください。



引き続き、保険のお申込(4ページ)へ

保険のお申込

1.マイページから保険のお申込を選択する。



2.保険お申込前の確認事項を確認する。

保険お申込前の確認事項

以下の項目をお読みの上、チェックして次にお進みください。

- 保険の加入者は日本薬剤師会正会員に限ります。
- お申込み前に、**パンフレット・重要事項等説明書**を必ずご確認ください。
- 薬局契約の加入者は、本会会員登録上の当該店舗における管理薬剤師または開設者（法人代表）に限ります。
- 休日夜間診療所等での業務等、勤務薬局以外での業務に関する補償をご希望の場合は、薬剤師契約にご加入ください。ただし薬局契約の加入者の方は、別途加入不要です。
- 翌年度以降も当ログインID（ご指定いただいたメールアドレス）を使用しますので、各自保存をお願いします。
- 支払いが完了すると、所定の条件のもと保険は開始されますが、申込フォーム入力内容と、本会会員登録内容が一致するまで加入者証の出力ができません。しばらくお待ちください。
- お申込み完了後、加入要件を満たさないことが判明した場合や、加入者様都合による加入取消等が発生した場合の保険料につきましては返金致しますが、返金手数料はご負担いただけます。
- 下記記載の個人情報の取扱いに同意いただき、お申込みください。

<個人情報の取扱について>

保険契約者である日本薬剤師会は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、業務委託先、再保険会社、等に提供を行います。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシ

確認事項すべてに同意する。

[ホームに戻る](#) [次へ >](#)

確認後、チェックボックスにチェックをして次にお進みください。

3. 加入者の申込コードを入力する。

加入者の申込コード入力

お届けした募集案内上に記載されている申込コードとパスワードを入力して、「照会する」ボタンを押してください。
[申込コードの記載場所](#)

申込コード

パスワード

申込コードがわからない方はこちらを選択してお進みください

コードを入力後、照会ボタンを押下してください。
 また、コードが不明な場合は照会をスキップして加入申込を進めてください。

Q. 申込コードとパスワードはどこでわかりますか？

A. 申込コードとパスワードは宛名の書かれた案内状の裏面に記載があります。

申込コードは「A251111111」です

日薬薬局さまのパスワードは「1190」です



注意

パスワードは、案内状が届いている薬局またはご自宅の電話番号末尾4ケタになります。

日薬薬局様の日薬会員登録の電話番号は、03-3353-1190なので、パスワードは「1190」になります。

ご案内状がご自宅に届いた場合は、ご自宅の電話番号末尾4ケタがパスワードになります。

2025年加入版 薬剤師賠償責任保険・サイバー保険等 日本薬剤師会取扱い各種保険
 ご加入時に必要な情報

■ → お申込方法
 詳細につきましては同封のA4サイズリーフレットをご覧ください。

■ → 保険加入時に必要となるコード及びパスワード

1. → お申込コード：

※宛先記載の郵便番号・住所・薬局名の入力が省略できるコードとなります。本コードをご利用いただくことにより加入手続きがスムーズに行えます。本コードがなくてもお申込みは可能です。

2. → 申込時に使用するパスワード：

※（例）日薬薬局 日薬太郎 本会会員登録電話番号：03-3353-1190 の場合
 → パスワードは「1190」になります。本案内状の宛名が薬局の場合は、薬局の電話番号下4ケタを、自宅の場合はご自宅の電話番号下4ケタをご入力ください。

<参考>
 現在のご加入プラン：薬局A、アシテ・ドーピング活動保険

※1 □ 宛先に記載されている会員様の2024年10月22日時点の情報となることから、現時点の情報と相違している可能性があります。正しい加入プランにつきましてはお手元の「2024年加入版の加入者証」をご確認ください。

※2 □ 「薬剤（商品）補償制度」「新型コロナウイルス感染症対応 日本薬剤師会 店舗休業補償制度」の加入の有無は、お手元の加入者証にてご確認ください。

<ご注意>
 1. → 申込締切日までにお手続きください。但し、締切日を過ぎても中途加入としてお申込みのお手続きは可能です。

申込締切日：2025年2月14日（金）

4. 加入者情報を入力する。

加入者情報の入力

申し込みを行う加入者の情報を入力します。
※申込コードを入力した場合は、会員情報が表示されています。下記の内容に変更がある場合はご入力ください。

| | |
|--|---|
| 会員番号 | <input type="text" value="1234567"/> |
| <small>会員番号の記載場所 <input checked="" type="checkbox"/> 会員番号をお持ちでない方は「9999999」をご入力ください。</small> | |
| 氏名 | <input type="text" value="日業"/> <input type="text" value="ふあるみん"/> |
| フリガナ | <input type="text" value="ニチャク"/> <input type="text" value="ファルミン"/> |
| 住所区分 | <input checked="" type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅 |
| 薬局名・店舗名 | <input type="text" value="ふあるみん薬局"/> |
| 郵便番号 | <input type="text" value="1608389"/> <input type="button" value="住所検索"/> |
| <small>ハイフンなしでご入力ください。</small> | |
| 都道府県 | <input type="text" value="東京都"/> |
| 住所 | <input type="text" value="新宿区四谷〇ー〇ー〇"/> |
| <small>全角でご入力ください。</small> | |
| 建物・号室 | <input type="text"/> |
| <small>全角でご入力ください。</small> | |
| 電話番号 | <input type="text" value="03"/> <input type="text" value="XXXX"/> <input type="text" value="XXXX"/> |
| <small>日本薬剤師会へご登録の番号をご入力ください。</small> | |
| 薬剤師番号 | <input type="text" value="XXXXXX"/> |
| 業種種別 | <input type="text" value="開設者"/> |
| 薬剤師区分 | <input type="text" value="管理薬剤師"/> |

申込コードを入力した場合は、会員情報が表示されています。内容に変更がある場合はご入力ください。

5. 加入プランの選択をする。

加入プランの選択

契約1

加入者情報

会員番号 1234567

加入者氏名 日薬 ふあるみん

薬局名・店舗名 ふあるみん薬局

申込日 2025-01-20
中途加入の場合は補償開始日（保険開始日）は決済手続き完了日の翌日からになります。

保険期間
 【2025年度 新規加入】 2025年2月15日 午後4時～2026年2月15日 午後4時
 【2024年度 中途加入】 保険開始日午前0時～2025年2月15日 午後4時
2024年度の中途加入につきましては、払込票にてお申込をお願いいたします。

薬局契約

| | 保険金額（補償限度額） | 保険料 |
|---|------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 薬局A 薬剤師賠償責任保険 | 1.5億円 | 3,600円 |
| <input type="checkbox"/> 薬局D 薬剤師賠償責任保険 | 2億円 | 4,500円 |
| 薬剤師賠償責任保険+サイバー保険 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 薬局B 薬剤師賠償責任保険 サイバー保険 | 1.5億円 1,000万円 | 17,100円 |
| <input type="checkbox"/> 薬局C 薬剤師賠償責任保険 サイバー保険 | 1.5億円 1億円 | 30,600円 |
| <input type="checkbox"/> 薬局E 薬剤師賠償責任保険 サイバー保険 | 2億円 1,000万円 | 18,000円 |
| <input type="checkbox"/> 薬局F 薬剤師賠償責任保険 サイバー保険 | 2億円 1億円 | 31,500円 |
| サイバー保険のみ | | |
| <input type="checkbox"/> サイバーG サイバー保険 | 1,000万円 | 13,500円 |
| <input type="checkbox"/> サイバーH サイバー保険 | 1億円 | 27,000円 |
| 薬剤（商品）補償制度 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤（商品）補償制度 | | 4,800円 |
| 申込口数 <input type="text" value="1"/> × 保険金額（100万円） = 100万円 | | |
| クレーム対応費用補償保険 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> クレーム対応費用補償保険 | 1事故100万円 | 9,000円 |
| 薬剤師契約 | | |
| 薬剤師賠償責任保険のみ | | |
| <input type="checkbox"/> 薬剤師A 薬剤師賠償責任保険 | 1.5億円 | 1,950円 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤師B 薬剤師賠償責任保険 | 2億円 | 2,850円 |
| アンチ・ドーピング活動保険 | | |
| <input type="checkbox"/> アンチ・ドーピング アンチ・ドーピング活動保険 | 1億円 | 2,700円 |

選択された保険料 合計 30,900円

< 前の画面に戻る 次へ >

保険期間をご選択いただくと、保険内容が表示されます。

ご希望の保険をお選びいただき、次へお進みください。

6.お申込内容の確認をします。

お申込内容の確認

加入者01

| | | | | | | |
|----------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------|---|---|
| 日薬 ふあるみ ん ニチャク ファルミン | 加入プラン | 薬局B 薬剤（商品）補償制度 クレーム対応費用補償保 険 | 保険料合計 | 30,900円 | ✎ | 🗑 |
|----------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------|---|---|

保険料総合計 30,900円

< 前の画面に戻る 加入者を追加 + お支払い方法の選択へ

お間違いがないかご確認
後、お支払い方法の選択へ
進んでください。

7.お支払い方法を選択します。

お支払い方法の選択

加入者01

| | | | | | | |
|----------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------|---|---|
| 日薬 ふあるみ ん ニチャク ファルミン | 加入プラン | 薬局B 薬剤（商品）補償制度 クレーム対応費用補償保 険 | 保険料合計 | 30,900円 | ✎ | 🗑 |
|----------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------|---|---|

保険料総合計 30,900円

支払い方法

クレジットカード決済

クレジットカード決済には以下のブランドがご利用いただけます。

    

コンビニ決済

コンビニ決済には以下のブランドがご利用いただけます。
お支払合計が50,000円以上の場合、印紙代200円がかかります。

    

※セブンイレブンは現在対応準備中です。

システム利用料（税込） 660円

お支払合計 31,560円

< 前の画面に戻る 加入者を追加 + 申込内容を確定する

確定ボタンを押した後に、決済画
面に遷移します。
必要な情報をご入力ください。

8.お申込完了です。

お申込が完了しました



ご登録メールアドレスに申込内容を送信しました。
お申込内容を確認のうえ、確認後契約完了となります。

コンビニ払いの方へ

2025年01月17日まで に保険料をお支払いください。

振込期日を過ぎて着金となった場合は、着金日の翌日
が保険始期となりますのでご注意ください。

加入者証は保険料の入金確認後および、加入者情報の
確認後にマイページから印刷することができます。

[マイページへ >](#)

コンビニ払いの方は期日までにお支払い
ください。