

日本病院薬剤師会

「薬剤師賠償責任保険」

わかりやすい！

インターネット操作マニュアル

<https://www.jsHP.or.jp/banner/hoken.html>

締 切 日

1 12月20日加入の場合

ネット申込
保険料振込（本会口座着金）

11月30日（日） まで

2 中途加入の場合

月によって締切が
異なりますので、
パンフレットを
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ID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、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ID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ID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ID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。

目次

1 加入者ID、パスワードの取得

詳細は P. 2 [へ](#)

※初めてネット申込をされる方のみご覧ください。

2 加入申し込みの流れ

詳細は P. 4 [へ](#)

※すでにIDをお持ちの方は、こちらからご覧ください。

3 加入者証の印刷

詳細は P. 7 [へ](#)

※補償開始日以降にご自身でダウンロードしてください。

4 人数追加の方法（施設契約の場合）

詳細は P. 8 [へ](#)

5 ご登録ID情報の変更

詳細は P. 10 [へ](#)

6 その他の機能

詳細は P. 11 [へ](#)

- 加入のご案内（パンフレット）
- お問い合わせ

利用上のご注意

詳細は P. 12 [へ](#)

1

加入者 I D、パスワードの取得

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

新規 I Dの取得 〈初めてネット申込をされる方〉

以前ネットで申込まれたことがある方は、新規の I D取得は不要です。

①「初めてネット申込をされる方はこちらで I Dの取得をお願いします。」をクリックしてください。

迷惑メール対策で受信／拒否設定をされている場合は、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を変更してください。

②新規 I D申請のため必要事項を入力し送信ボタンを押してください。
※施設契約に加入予定の場合は、氏名欄に薬局管理者氏名を入力してください。
※メールアドレスは確認のため「メールアドレス（確認）」に、同一のメールアドレスを再度入力してください。

③登録メールアドレスに「初期パスワード通知メール」が送信されますのでご確認ください。

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

※本サイトは薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険加入者しか利用できません。
 ※本サイトにログインするにはIDとパスワードが必要です。
 ※IDは申請時に発行されたIDです。IDとパスワードを間違えるとログインできません。
 ※IDとパスワードを忘れた場合は、IDとパスワードを再入力してください。
 ※IDとパスワードを忘れた場合は、IDとパスワードを再入力してください。
 ※IDとパスワードを忘れた場合は、IDとパスワードを再入力してください。

→初めてネット申込をされる方はこちらでIDの取得をお願いします。

2024年度ID再入力

ID再入力済の方はこちらからログインしてください。

ログインID パスワード ログイン

※パスワードは、申込時に選択したパスワードと一致する必要があります。IDとパスワードが一致しない場合は、IDとパスワードを再入力してください。

※パスワードは、申込時に選択したパスワードと一致する必要があります。IDとパスワードが一致しない場合は、IDとパスワードを再入力してください。

※パスワードは、申込時に選択したパスワードと一致する必要があります。IDとパスワードが一致しない場合は、IDとパスワードを再入力してください。

- ①申請された「ID」と「初期パスワード」を入力し
 ログインをクリックします。

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

初期パスワード変更

パスワード

新しいパスワード
 ※半角英数字 8文字～32文字以内

新しいパスワード (確認)
 ※確認のため再度入力してください

ログインページに戻る 送信

Copyright©Sompco Japan Insurance Inc. All Rights Reserved.

- ②初期パスワードは変更が必要です。
 任意のパスワードを登録してください。
 ※半角英数字 8文字以上32文字以内
 で設定してください。
 ※変更したパスワードは必ずご自身
 で管理してください。
 変更手続きや翌年以降の契約時に
 必要となります。

2 加入申し込みの流れ

1 「日本病院薬剤師会ホームページ」にアクセス

<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。

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 会員専用 薬剤師賠償責任保険

ログイン

パスワード

ログイン

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。

複数のID登録は重複契約となる恐れがありますので、ご注意ください。

☆今後、変更手続きをされる場合も、全てこちらの画面からアクセスしてください。

2 加入申込画面へアクセス

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

加入申込

2025年度(2025年 12月 20日始期)

まだ、加入申し込みされていません。

加入される方は、パンフレットを確認の上、「加入申込」ボタンをクリックしてください。

お申し込みの契約は「個人契約」です。施設契約をお申込される場合は、ログインページから「新規ID申請」を実施し、施設契約のIDを取得してください。

加入申込(中継)

加入内容	加入期間	加入費	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	加入費	施設
詳細	2023年 12月 20日 から 2024年 12月 20日 まで	加入費	-

加入費は、申込時に選択した支払方法によって異なります。申込に際しては、必ず支払方法を指定してください。

2025年度パンフレット

操作マニュアル

加入申込 ボタンをクリックします。

※パンフレットをご確認の上、お申し込みください。

3 加入内容の入力

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

2025年10月1日

日本病院薬剤師会・薬剤師賠償責任保険 加入依頼

以下の「申込情報」を入力し「確認」ボタンを押して画面へ進んでください。

「保険料を計算する」ボタンを押すと「保険料」が更新されます。

保険料の更新は、必ずしも行われていない場合があります。必ず「保険料」の「確認」の上、お申し込みをお願いします。

継続して本保険をお申し込みされている方で、継続と異なる条件の口振番号が設定されている場合は、必ず「継続」を選択してください。

特に継続をご希望のケースには必ず「継続」を選択してください。

申込情報

- 申込日: 2025年10月1日
- 保険期間: 2025年 12月 20日 から 2026年 12月 20日 まで
- 契約種類: 個人契約
- 所属薬剤師人数: 10人未満
- 支払方法: 必ず支払方法を指定してください
- 申込人名義(支払先): シンヤ マイロフ
- 申込期日: 2025年 11月 20日 までに保険料をお支払いください

保険料を計算する

他の保険契約の有無

⑤ **確認** をクリックします。

①施設契約の場合、所属薬剤師人数を入力してください。
※個人契約を選択した場合、人数入力欄は表示されません。

②支払方法を選択します。

③ **保険料を計算する** をクリックし、保険料の確認をします。

④他の保険契約の有無に該当があれば入力します。

加入内容の確認

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

渋谷医療センター病院
渋谷 一郎様

2025年10月1日

[確認画面]

日本病院薬剤師会・薬剤師賠償責任保険 加入内容確認

まだ申込登録は完了していません。
申込内容と「加入届出(必須)」を確認のうえ、返信ボタンを押してください。

ご加入内容	
◆ 申込品目	2025年10月1日
◆ 保料適用期	2025年12月20日 から 2026年12月20日まで
◆ 契約の種類	短期契約
◆ 所属薬剤師人数	10人
◆ 支払方法	新年度払込
◆ 係出人名義	シブヤ イザロウ

他の保障契約の有無	
◆ 他の保険契約の有無	無
◆ 保険会社名	
◆ 保険種類	
◆ 期間	
◆ 保料金額	

保険料合計額 23,000円

【加入届出(必須)】

上記申込内容と、下記事項をご確認いただき「チェックも入れてください」、「返信」ボタンを押してください。

- ペーパーチャートの内容および下記記載の個人情報等の取扱いに同意し、「薬剤師賠償責任保険」への加入を承諾します。
※ 保険料の引込み方法を確認申し込みます。
- 保険料の引込みがない場合は、保険の效力がなくなります。

<個人情報等の取扱いについて>

当会は「日本病院薬剤師会」を主契約とする入会・退会等、継続メンバーシップの取り扱いです。

本会のシステムで個人情報を管理し、本会の役員・理事、関係機関・加盟団体との間で必要に応じて提供いたします。また、本会の業務上必要な範囲で、第三者へ提供することもあります。なお、本会では「個人情報の保護に関する法律」に基づき、個人情報の取り扱いに厳格な対応をしております。

お問い合わせ先：事務局（〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1）電話：03-5561-1111 FAX：03-5561-1112 Eメール：info@jphs.jp

本人記入（必須） ※必ずお読みください。この方の個人情報等の取扱いに同意の上にご加入ください。

修正
送信

- ① 加入内容に誤りがないかご確認ください。
※ 申込内容を変更する場合は、
 をクリックします。
- ② 加入確認（必須）をご確認の上、チェックしてください。
- ③  をクリックします。

5

假申込完了

[illegible]

- 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。
- ※仮申込完了画面を印刷しても記入例は印字されません。

【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。

＜メイン画面＞

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

渋谷医療センター病院
渋谷 一郎 様

〒152-0002
東京都渋谷区渋谷2-12-15 シブヤ医療センター病院
Tel.03-3406-0485

加入者情報変更 パスワード変更 変更履歴

薬剤師賠償責任保険

加入内容	加入期間	加入者数	所属薬剤師人数
詳細	2025年12月20日から2026年12月20日まで	加入者証	追加
詳細	2024年12月20日から2025年12月20日まで	加入者証	-
詳細	2023年12月20日から2024年12月20日まで	加入者証	-

※人数が増減した場合、手続きは不要です。

申込金は、申込時に選択いただいた支払方法によって異なります。十分ご注意ください。
過期振込の支払方法以外での請求は、保険契約が成立しない恐れがありますので予めご了承ください。
※保険料以外の振込は受け付けません。

2025年度パンフレット 操作マニュアル

Copyright©Sampo Japan Insurance Inc. All Rights Reserved.

メイン画面の

詳細

ボタンをクリックします。

※加入内容詳細画面は、ご自身が選択した支払方法により、表示内容が異なります。

[みずほ銀行振込の場合]

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

渋谷医療センター病院
渋谷 一郎 様

2025年10月1日

日本病院薬剤師会・薬剤師賠償責任保険 加入内容詳細

ご加入内容は以下の通りです。

ご加入内容

- 申込日 2025年10月1日
- 保険期間 2025年12月20日から2026年12月20日まで
- 契約種類 施設契約
- 所属薬剤師人数 10人
- 合計保険料 23,000円

区分	所属薬剤師人数	金額	支払方法	振込期日	振込人名義	記入例
新規	10人	23,000円	みずほ銀行振込	2025年11月30日	シブヤ イチロウ	-

他の保険契約の有無

- 他の保険契約の有無 無
- 保険会社名
- 保険種類
- 満期日
- 保険金額

振込先情報

- 振込口座 みずほ銀行 普通預金
※支店640はゆうちょ支店、654はエスノキ支店、646はモミノキ支店となります。
- 支店・口座番号 654-6197768
- 口座名義 一般社団法人日本病院薬剤師会 株式会社 渋谷医療センター シブヤ イチロウ

メインページに戻る

Copyright©Sampo Japan Insurance Inc. All Rights Reserved.

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]

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

渋谷医療センター病院
渋谷 一郎 様

2025年10月1日

日本病院薬剤師会・薬剤師賠償責任保険 加入内容詳細

ご加入内容は以下の通りです。

ご加入内容

- 申込日 2025年10月1日
- 保険期間 2025年12月20日から2026年12月20日まで
- 契約種類 施設契約
- 所属薬剤師人数 10人
- 合計保険料 23,000円

区分	所属薬剤師人数	金額	支払方法	振込期日	振込人名義	記入例
新規	10人	23,000円	郵便局払込	2025年11月30日	シブヤ イチロウ	REPSH

他の保険契約の有無

- 他の保険契約の有無 無
- 保険会社名
- 保険種類
- 満期日
- 保険金額

メインページに戻る

Copyright©Sampo Japan Insurance Inc. All Rights Reserved.

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

①「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。

2

加入者証の作成依頼

加入者証 をクリックします。

保険料の入金確認後、補償開始日以降に、**加入者証**が表示され、印刷が可能となります。

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。

4

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）

① 「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 追加をクリックします。

2

追加人数登録画面

① 追加したい人数を入力します。

② 支払方法を選択します。(前回申込時と違う方法も選択できます。)

③ 保険料を計算するをクリックします。

④ 追加保険料が表示されます。

⑤ 確認をクリックします。

3

追加人数確認・申込画面

内容を確認し、送信をクリックします。

日本病院薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険

渋谷医療センター病院
渋谷 一郎様

2025年10月1日

日本病院薬剤師会・薬剤師賠償責任保険 被保険者追加 加入仮申込完了

以下のご加入内容の仮付保険料を完了しました。
また、ご登録いただいたメールアドレスに「申込完了メール」を送信しました。

Web申込番号(10桁) : 1015190010
→ 郵便局払込取扱票記入例(印刷) →

新保険料に値上げの無い増額の特典に追加させていただきます。
※本資料はご参考ください。

ご加入内容	
■ 申込日	2025年10月1日
■ 保険期間	2025年12月20日 から 2026年12月20日 まで
■ 契約種類	短期契約
■ 追加人数	5人
■ 支払方法	郵便局払込
■ 加入者氏名	シブサ イサロウ
■ 追加保険料	11,500 円

納込先情報	
■ 納込期日	2025年11月30日 までに保険料をお支払いください。

メインページに戻る

Copyright©Some Japan Insurance Inc. All Rights Reserved

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。

P. 6 **6** をご参照ください。

5

ご登録 I D情報の変更

1

メイン画面

①「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 **加入者情報変更** をクリックします。

2

変更内容の入力

改姓（個人契約のみ）は、改姓の方はこちら（個人契約のみ）をクリックし専用ページで手続きをします。

変更する項目のみ入力し、**送信**をクリックします。

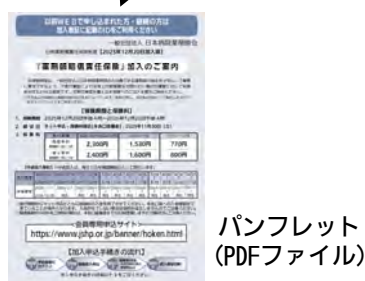
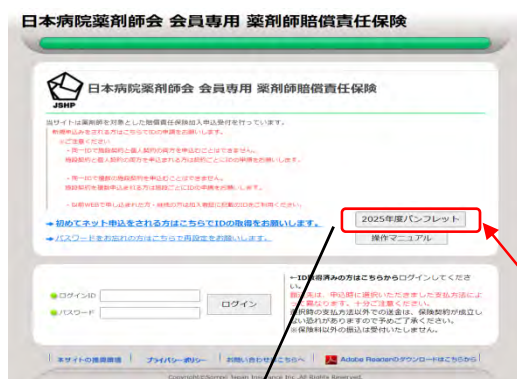
3

変更登録完了

この画面が表示されれば変更登録完了です。

6 その他の機能

1 【加入のご案内（パンフレット）】



パンフレット
(PDFファイル)

① 「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 パンフレット をクリックします。

③ パンフレットが表示されます。

2 お問い合わせ



① 「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 お問い合わせはこちらへ をクリックします。

③ 問い合わせ内容を入力し、送信します。

お問い合わせ内容を確認後、メール、もしくはお電話にてご回答いたします。

お問い合わせメールアドレス: astellas-hoken2@ginsen-gr.co.jp

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ID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. **保険料は期日までに必ずお支払いください。**
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
TEL：03-3349-5137（受付時間：平日午前9時から午後5時まで）
- 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