保 険 医

保 険 薬 剤 師 　　　届出事項変更（該当）届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保 険 医  又は  保険薬剤師 | （フリガナ）  氏　名 |  | | | | 性別 |
| 男　・　女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 　年 　月 　日　生 | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | |
| 医籍等登録番号 |  | 登 録  年月日 | 明治・大正  昭和・平成 　　　年 　月 　日  令和 | | |
| 保険医又は保険 薬剤師の登録の 記号及び番号 | 医  歯  　　薬 | 登 録  年月日 | 明治・大正  昭和・平成 　　　年 　月 　日  令和 | | |
| 従 事 す る  保険医療機関  又は  保険調剤薬局 | （フリガナ）  名称 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 変 更 前 の 氏 名 | |  | | | 変 更 年 月 日 | |
| 令 和 　年 　月　日 | |
| 登録票の書換交付（ 旧 姓 ）  (申請する場合はチェックしてください) | | □ 上記変更前の氏名で登録票の書換交付を申請する。  □ 上記変更前の氏名以外の旧姓で登録票の交付を申請する。  ［（）　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | |
| 変 更 前 の 住 所 | | 〒 | | | 変 更 年 月 日 | |
| 令 和 　年 　月　日 | |
| 変更前の  保険医療機関 又は  保険調剤薬局 | 名 称 |  | | | 変 更 年 月 日 | |
| 所在地 | 〒 | | | 令 和 　年 　月　日 | |
| 保険医又は保 険薬剤師の死 亡又は失そう | 事由 | 死 亡　 ・　 失 そ う | | | | |
| 死亡又は失そう 年 月 日 | 令和 　　年 　　月 　　日 | | | | |
| 健康保険法第 81 条第 4 号から 第 6 号までのいずれかに該当 | | 該当する法律名 |  | | | |
| 内 容 |  | | | |
| 該 当 年 月 日 |  | | | |
| 処 分 権 者 |  | | | |

※ 保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。なお、氏名変更の場合には、氏名変更の事実を証する書類を添付すること。

上記のとおり変更（該当）したので届け出します。

令和　　 年　　 月 　　日

保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所

（保険医又は保険薬剤師の死亡又は失そうの場合は届出人の住所、氏名及び続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　〒

北海道厚生局長 殿　 　電話 （ 　　 ）