

保 險 医 師 登 録 票 滅 失 届  
保 險 薬 剤 師

送付先 〒060-0808  
札幌市北区北8条西2丁目1番1号  
札幌第1合同庁舎6階  
厚生労働省 北海道厚生局

保 險 医 保 險 薬 剤 師 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	氏 名	大 正 昭 和 平 成 昭 和 年 月 日 生
保 險 医 保 險 薬 剤 師 の 登 録 記 号 番 号 及 び 登 録 年 月 日	北 医 菌 薬 号	平 成 令 和 年 月 日 登 録
滅 失 の 理 由		

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

〒  
保 險 医 又 は 住 所  
の  
保 險 薬 剤 師 氏 名  
電 話 番 号 — —

※この届出書を死亡届に添付の場合は、届出義務者の住所、氏名、電話番号を記載してください。