

保 險 医 師  
保 險 薬 剤 師

死亡又は失そう届

送付先 〒060-0807  
札幌市北区北7条西2丁目15-1  
野村不動産札幌ビル2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	明 治 大 昭 平 成	年	月	日	生
保 險 医 保 險 薬 剤 の 登 録 記 号 番 号 及 び 登 録 年 月 日	北 医 歯 薬	昭 和 平 成	年	月	日	登 録
死亡の日、失そうの宣告を受けた日	平成 年 月 日 ( 死亡・失そう )					
死亡又は失そうの宣告を受けた事由						
勤務していた保険医療機関 又は保険薬局	名 称	保険医療機関・薬局コード				
	所在地					

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

北海道厚生局長 様

届出義務者の住所  
氏名

㊞

(続柄 )

電 話 番 号 — —

- (注) 1 この届書は、保険医、保険薬剤師が死亡又は失そうの宣告をうけたときに、戸籍法による死亡又は失そうの届出義務者が提出してください。  
2 登録票を添付してください。登録票を紛失した方は登録票滅失届を提出してください。