

※登録記号番号	
※登録年月日	

保 険 医 登 録 申 請 書

保 険 薬 剤 師

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

① 医師・歯科医師・薬剤師	ふりがな 氏名	大・昭・平 年 月 日生 男 女									
② 医籍・歯科医籍・薬剤師名簿	登録番号						登録年月日	大 昭 平	年 月 日		
③ 健康保険の診療・調剤に従事 する・病院・診療所・薬局	コード番号							担当診療科名			
	名称										
	所在地	〒									
④ 健康保険法第71条第2項第 1号から第3号のいずれか (登録欠格事由)に該当	有・無	該当する法律名									
		内 容									
		該 当 年 月 日									
		処 分 権 者 等									
上記のとおり申請します。											
平成 年 月 日				医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び住所							
北海道厚生局長 様				〒							
				住 所							
				氏 名				⑩			
				電 話 番 号				- -			

添付書類 次の書類を添付すること。

1. 医師・歯科医師・薬剤師免許証等資格を確認できるもの1部を添付してください。

記入上の注意

1. ①、②、③及び④の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
ただし、④の欄については、平成18年10月1日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合は、「無」を○で囲むこと。
2. ③の欄は、健康保険の診療又は調剤に従事する病院若しくは診療所又は薬局が2以上あるときは、主として従事するものについて記入し、医師にあっては、その担当診療科名を記入すること。
3. ④の欄に「有」と○で囲んだ場合は、該当する法律名を記載すること。また、内容欄に非該当となる年月日を記入すること。

健康保険法第71条第2項第2号の場合の該当法律

- | | | | |
|-----------|---------|---------------|--------------|
| ・ 健康保険法 | ・ 船員保険法 | ・ 国家公務員共済組合法 | ・ 医師法 |
| ・ 国民健康保険法 | ・ 歯科医師法 | ・ 薬事法 | ・ 保健師助産師看護師法 |
| ・ 薬剤師法 | ・ 医療法 | ・ 地方公務員等共済組合法 | ・ 老人保健法 |

※欄は記入しないでください。

- ◎ 年金の加入について該当するものに○で囲んでください。(未加入の場合は、必ずいずれかの年金制度に加入してください)

厚生年金 ・ 国民年金 ・ 共済組合 ・ 加入なし