保険医療機関（保険薬局）指定通知書の紛失届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 | 法人名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 医療機関（薬局）コード |  |
| 　 |
|
| 機関名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
| 　 |
|
| 所　在　地 | 　 |
|
|
|

上記の保険医療機関（保険薬局）指定通知書を紛失いたしましたので、紛失届を提出いたします。

令和　　年　　月　　日

住　所

|  |
| --- |
|  |
|  |

氏　名

|  |
| --- |
|  |

近　畿　厚　生　局　長　殿