

<記載例>

医療機関(薬局)コード	〇〇〇〇〇〇〇	保険医療機関 保険薬局	指定通知書再交付申請書
(フリガナ) 名称	キュウシュウコウセイキョクビョウイン 九州厚生局病院		
所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇〇 電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )		
再交付申請の理由	紛失・き損		

◆該当する方を、○で囲んでください。  
なお、き損の場合は、き損した指定通知書を添付してください。

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

九州厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名)

(住所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

(氏名) 医療法人〇〇〇 理事長 九州 太郎

電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )

注 開設者が個人の場合には、  
個人名をお書きください。

※ き損の場合は、き損した保険医療機関または保険薬局の指定通知書を添付すること。