

保険医療機関
保険薬局 指定通知書再交付申請書

| | |
|-----------------|---------------|
| 医療機関(薬局)コード | |
| (フリガナ) | |
| 名 称 | |
| 所 在 地 | 〒 電話番号 () |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | 紛失・き損 |

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

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) 〒

九州厚生局長

殿

(氏 名)

印

電話番号 ()

※ 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。