

保 険 医  
保 険 薬 剤 師 登 録 票 紛 失 届

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	医 歯 薬 号	登録年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
医籍等登録番号	第 号	登録年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
(フリガナ) 氏 名		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生
紛失の理由			

上記のとおり届け出ます。

なお、紛失した登録票を発見した際は、速やかに返納いたします。

平成 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名

(住 所) 〒

九州厚生局長 殿

(氏 名)

印

電話番号 ( )

※ 「医籍等登録番号」の欄は、医籍番号・歯科医籍番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。