

保 険 医
保 険 薬 剤 師
の 登 録 票 再 交 付 申 請 書

保険医又は保険薬剤師 の登録記号及び番号	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							性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 治・大 正・昭 和・平 成 年 月 日 生							
従事する保険 医療機関等	名 称							
	所在地	〒 電話番号 ()						
紛失又はき損年月日	平成 年 月 日							
紛失又はき損の理由								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名 (住 所) 〒</p> <p style="text-align: center;">(氏 名) 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p> <p>九州厚生局長 殿</p>								

※ 「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。

※ 紛失した登録票を発見した際は、速やかに返納すること。

※ き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。