

**保 險 医  
保 險 薬 剤 師**  
**登 錄 抹 消 申 出 書**

保険医又は保険薬剤師登録の記号及び番号	医 歯 薬 号	保 険 医 又は 保 険 薬 剤 師	(フリガナ) 氏 名	フリガナ
医籍等登録番号	第 号	従事する保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地		(名 称) (所在地)-----
登録抹消理由				
登録抹消予定年月日	平成 年 月 日			

上記のとおり申し出ます。

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。
- ※ 健康保険法第79条の規定により、保険医・保険薬剤師登録抹消申出書の申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となるため、「登録抹消予定年月日」の欄は、この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入すること。  
なお、登録抹消予定年月日経過後は、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納すること。