

保 險 医

保 險 薬 剤 師

管轄地方厚生局長変更届

<記載例>

・東北厚生局の管轄外への住所変更

①	保 險 医 保 險 薬 剤 師	(フリガナ)	トウホク タロウ			性 別	男・女	
		氏 名	東北 太郎					
		生年月日	明治・大正 昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日 生				
②	医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登 録 番 号	第	〇〇〇〇〇	号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日
		登 録 記 号 番	城	医 歯 薬	〇〇〇〇〇	号	登 録 年 月 日	昭和 平成
④ 変 更 前	病 院 診 療 所 薬 局	名 称	東北厚生局病院					変更前の保険医療機関等を 記入してください。
		所 在 地	〒980-〇〇〇〇 宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇〇〇 TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇					
⑤ 変更前の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇〇					変更前の住所を 記入してください。	
⑥ 変 更 後	病 院 診 療 所 薬 局	(フリガナ)	コクリツコウセイロウトウショウビョウイン					変更後の保険医療機関等を 記入してください。
		名 称	国立厚生労働省病院					
⑦ 変更後の住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇〇〇〇					変更後の住所を 記入してください。	
⑧ 変更年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日						

上記のとおり変更したので届け出します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

提出日を記入してください。

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

(住所) 〒〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇〇〇〇〇

(氏名) 東北 太郎

認印を押印してください。

東北厚生局長 殿

TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇

印

添付書類 ・保険医または保険薬剤師の登録票の原本(紛失の場合は紛失届を提出してください。)