

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

東北厚生局内の管轄事務所等変更届 **<記載例>**  
・管轄内において、県を越える住所変更

①	保 険 医 保 険 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	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	〇〇年〇〇月〇〇日		
			③	保 険 医 保 険 薬 剤 師	登 録 記 号 番	城	医 歯 薬	〇〇〇〇〇	号	登 録 年 月 日
④	変 更 前 病 院 診 療 所 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 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			変更前の住所を 記入してください。			
⑥	変 更 後 病 院 診 療 所 局	(フリガナ)	ヤマガタコウセイキョクビョウイン			名 称	山形厚生局病院	変更後の保険医療機関等を 記入してください。		
		所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 山形県〇〇市〇〇〇〇〇							
⑦		変 更 後 の 住 所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 山形県〇〇市〇〇〇〇〇			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。

変更後の住所を  
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  
山形県〇〇市〇〇〇〇〇

( 氏 名 ) 東北 太郎

認印を押印してください。

印

TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇

東北厚生局長 殿

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。)