

保 險 医 死亡・失そう届
保 險 薬 剤 師

<記載例>
・死亡又は失そうの宣告を受けたとき

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	城	医 歯 薬	〇〇〇〇〇	号
死亡又は失そうの宣告を受けた 保険医(保険薬剤師)の氏名・生年月日		氏 名	(フリガナ) トウホク タロウ 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
死亡又は失そうの宣告を受けた年月日		死亡・失そう		平成〇〇年〇〇月〇〇日
指定登録に関する省令第16条第2項の規定により届出ます。				
平成〇〇年〇〇月〇〇日		届出をされる方(戸籍法上の届出義務者)の 住所・氏名・続柄を記入してください。		
提出日を記入してください。		届 出 者 (本人との続柄) 弟 (住 所) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇 (氏 名) 東北 次郎 TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇		
東北厚生局長 殿		認印を押印してください。 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。)
・死亡の事実が確認できる書類(死亡診断書や戸籍抄本・謄本(死亡日の確認できるもの)など。)