

保 險 医  
保 險 薬 剤 師

登 録 抹 消 申 出 書

< 記 載 例 >

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	保 険 医 又 は 保 険 薬 剤 師	(フリガナ)	トウホク タロウ		
医籍等登録番号	〇〇〇〇〇				号	氏 名	東 北 太 郎	
登録抹消理由	〇〇〇〇のため				号	生年月日	明治・大正 昭和・平成	〇〇年〇〇月〇〇日
登録抹消予定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日							
上記のとおり申出します。								
平成〇〇年〇〇月〇〇日		提出日を記入してください。						
東北厚生局長 殿				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				
				宮城県〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇				
				( 氏 名 ) 東 北 太 郎				
				TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇				
				認印を押印してください。				
				印				
<small>(注) 登録抹消予定年月日は、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提出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。 なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納願います。</small>								

添付書類 ・不要(登録抹消予定年月日から10日以内に保険医または保険薬剤師の登録票(紛失の場合は紛失届)を提出してください。)