

保険医療機関指定通知書
 保険薬局指定通知書 紛失届

医療機関(薬局) コード			
病 院 診 療 所	(フリガナ)		
	名 称	TEL () -	
	所 在 地	〒 - 県	

保険医療機関指定通知書・保険薬局指定通知書を紛失したので、届出ます。

平成 年 月 日

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

（ 住 所 ） 〒 -

東北厚生局長 殿

（ 氏 名 ）

印

TEL () -

FAX () -