

保 險 医 師 登 録 抹 消 申 出 書
保 險 薬 剤 師

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	保 險 医 又 は 保 險 薬 剤 師	(フリガナ)	
				氏 名	
医籍等登録番号		号		生年月日	明治・大正 昭和・平成
登録抹消理由					
登録抹消予定年月日	平成 年 月 日				

上記のとおり申出します。

平成 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所

(住 所) 〒 -

東北厚生局長 殿

(氏 名)

印

TEL () -

(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。