

医療機関（薬局）コード		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局 指定通知書再交付申請書	
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)	
	所 在 地	〒	
再 交 付 申 請 の 理 由	紛 失 ・ き 損		

※ き損の場合は、き損した保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を添付すること。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

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)

電話番号 ()

印