

保険医・保険薬剤師登録申請書

申請書の記載要領

次のことに注意して記載してください

- ・ 標題は、保険医又は保険薬剤師のどちらかを選択してください。
- ・ 医師・歯科医師・薬剤師欄は、該当する項目を選択のうえ、氏名、生年月日及び性別を記載してください。(氏名は、姓と名の間を1文字空けて記載してください。また、氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
- ・ 医籍・歯科医籍・薬剤師名簿欄は、該当する項目を選択のうえ、登録番号及び登録年月日を記載してください。
- ・ 欄は、該当する項目を選択のうえ、名称、所在地及び担当診療科名を記載してください。従事する病院若しくは診療所又は薬局が複数あるときは、主として従事するものについて記載してください。また、担当診療科が複数ある場合、主たる診療科を最初に記載してください。また、診療科の間を1文字空けて記載してください。(名称は開設許可証等に記載されている名称を記載してください。)
- ・ 欄は、取消の有無を選択してください。
- ・ 欄にて「有」を選択した場合は、取消年月日及び取消した社会保険事務局又は地方厚生(支)局を記載してください。
- ・ 印の欄は、記載しないでください。
- ・ 医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び住所は、氏名については、姓と名の間を1文字空けて記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)

添付書類

- ・ 登録申請に関する連絡票(所定様式あり)
- ・ 医師、歯科医師、薬剤師の免許証の写し(交付手続中の場合は登録済証明書の写し)