

保 険 医
保 険 薬 劑 師 の登録票再交付申請書

保険医又は保険薬 劑師の登録記号及 び番号	医 歯 薬 号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日
医籍等登録番号						
氏名	(フリガナ)			性 別	男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和			年	月	日生
勤務の保 険 医 療 機 関 等	名 称					
	所在地	〒 —				
紛失又はき損 年月日	令和 年 月 日					
紛失又はき損 の理由						
<p>※ き損の場合は、き損した保険医又は保険薬劑師の登録票を添付すること。</p> <p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p>保険医又は保険薬劑師の氏名及び住所 住所 〒 —</p> <p>氏名</p> <p>電話 — —</p> <p>中国四国厚生局長 殿</p>						