

保 險 医 登 録 抹 消 申 出 書
保 險 薬 剤 師

| | | | | |
|----------------------|-------------|--------------------|-----|--------|
| 登 録 の 記 号 及 び 番 号 | 医 歯 薬 | 保 險 医 保 險 薬 剤 師 | 氏 名 | (フリガナ) |
| | | | | |
| 抹 消 申 出 理 由 | | | | |
| 抹 消 希 望 年 月 日 | 平成 年 月 日 | | | |

指定登録に関する省令第20条の規定によりお届けいたします。

平成 年 月 日

保 險 医
保 險 薬 剤 師

住 所 〒 —

氏 名

印

電 話 — —

中国四国厚生局長 殿

(注) 登録抹消日から10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を提出願います。なお、登録抹消日は、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申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。