

保 険 医
保 険 薬 剤 師

登 録 票 再 交 付 申 請 書

(フリガナ)												性別	男・女	
氏名														
生年月日		大正・昭和 平成・令和	年		月		日							
保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号		医 歯 薬	号		登録年月日		大正・昭和 平成・令和	年		月		日		
医籍等登録番号														
医療 機 関 等	名称													
	所在地	〒 ー												
紛失又はき損年月日		令和 年 月 日												
紛失又はき損の理由														
個人番号(マイナンバー)														(12桁)
<p>※き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】</p> <p>〒 ー</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話番号 () ー</p> <p>北海道厚生局長 殿</p>														