

保 険 医 死 亡 ・ 失 そ う 届  
保 険 薬 剤 師

|                       |  |                                           |                  |                      |                             |
|-----------------------|--|-------------------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| 保険医又は保険薬剤師の<br>登録記号番号 |  | 医<br>歯<br>薬                               | 号                | 事由                   | 死亡 ・ 失そう                    |
| フリガナ                  |  |                                           | 生<br>年<br>月<br>日 | 明治・大正<br>昭和・平成<br>令和 | 年            月            日 |
| 氏名                    |  |                                           |                  |                      |                             |
| 死亡又は失そう年月日            |  | 令和            年            月            日 |                  |                      |                             |

保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第16条第2項の規定により届け出ます。

令和            年            月            日

【届出者の住所及び氏名並びに本人との続柄】

〒            ー

住所

\_\_\_\_\_

氏名

(続柄)

\_\_\_\_\_

電話番号    (            )            ー

北海道厚生局長    殿