

保 險 医
保 險 薬 剤 師

管轄地方厚生(支)局長変更届

保険医 又は 保険薬剤師	(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											
	住所	〒 ー												
	医籍等登録番号	第	号				登録年月日		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				
従事する保険 医療機関又は 保険薬局	(フリガナ)													
	名称													
	所在地	〒 ー												
変更前の住所		〒 ー												
		変 更 年 月 日				令和 年 月 日								
変更前の保険 医療機関又は 保険薬局	名称													
	所在地	〒 ー												
	変 更 年 月 日	令和 年 月 日												
個人番号(マイナンバー)														(12桁)
上記のとおり変更したので届け出します。														
令和 年 月 日														
【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】														
〒 ー														
住所														
氏名														
電話番号 () ー														
北海道厚生局長 殿														