

保 険 医
保 険 薬 剤 師 登 録 抹 消 申 出 書

保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号		医 歯 薬 号		医籍等登録番号		第 号			
フリガナ				生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
氏名									
登録抹消理由				登録抹消 予定年月日		令和	年	月	日
個人番号(マイナンバー)									(12桁)

保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第20条の規定により申し出ます。

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

※ 登録抹消日は健康保険法第79条の規定により、申出書の提出日（郵送の場合は書類が到着した日）の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となりますのでご注意ください。
なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医登録票又は保険薬剤師登録票を地方厚生（支）局へ返却してください。