

保 險 医 住 所 変 更 届  
保 險 薬 剤 師

送付先 〒060-0807  
札幌市北区北7条西2丁目15-1  
野村不動産札幌ビル2階  
厚生労働省 北海道厚生局

保険医又は保険薬剤師 の 氏 名			保険医・保険薬剤師 の 登 録 記 号 番 号	北 医 ・ 北 歯 ・ 北 薬 第 号					
変更前に開設又は 勤務していた医療 機関または薬局	名 称				保 険 医 療 機 関 又 は 保 険 薬 局 の コ ー ド 番 号				
	所在地								
変更後に開設又は 勤務する医療機関 または薬局	名 称								
	所在地	〒			電話	-	-		
変更後に居住する住所	〒			電話	-	-			
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	変更の理由							

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

北海道厚生局長 様

保険医又は  
保険薬剤師 の氏名

- (注) 1 この届出書は、北海道外へ転出した場合に提出してください。  
2 保険医又は保険薬剤師登録票(紛失した場合は、登録票滅失届)を添付して提出してください。