

保 險 医 師
保 險 薬 剤 師

死亡又は失そう届

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 險 医 保 險 薬 剤 師 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	氏 名	大 正 和 成 昭 平 成	年	月	日	生
保 險 医 保 險 薬 剤 師 の 登 録 記 号 番 号 及 び 登 録 年 月 日	北 医 歯 薬 号	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	登 録
死 亡 の 日 、 失 那 の 宣 告 を 受 け た 日	令 和 年 月 日 (死 亡 ・ 失 那)					
死 亡 又 は 失 那 の 宣 告 を 受 け た 事 由						
勤 務 し て い た 保 險 医 療 機 関 又 は 保 險 薬 局	名 称	保 險 医 療 機 関 ・ 薬 局 コー ド				
	所 在 地					

上 記 の と お り 届 出 し ま す 。

令 和 年 月 日

北 海 道 厚 生 局 長 様

住 所
届 出 義 務 者 の
氏 名

(続 柄)

電 話 番 号 - -

- (注) 1 この届出書は、保険医、保険薬剤師が死亡又は失那の宣告を受けたときに、戸籍法による死亡又は失那の届出義務者が提出してください。
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)を添付してください。