

(注1) 保 險 医 登 録 票 再 交 付 申 請 書  
保 險 薬 剤 師 登 録 票 再 減 失 申 請 書

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 の 氏 名 及 び 生 年 月 日 保 險 薬 剤 師	フリガナ ----- 氏 名	大 正 和 成 平 成 年 月 日 生
保 險 医 の 登 録 記 号 番 号 保 險 薬 剤 師 及 び 登 録 年 月 日	(注2) 北 医 歯 薬 号	大 正 和 成 平 成 年 月 日 登 録

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

北海道厚生局長 様

〒 -  
保 險 医 又 は  
住 所  
の

保 險 薬 剤 師  
氏 名

印

電 話 番 号

(注1) 医師、歯科医師は「保険医」を、薬剤師は「保険薬剤師」を○で囲んでください。

(注2) 登録記号番号が不明な場合は、免許証に記載された医籍番号、歯科医籍番号、薬剤師名簿登録番号を記入し、その写し(A4)を添付してください。