

※ 紛失等により保険医・保険薬剤師登録票の原本を添付できない場合は、その旨を届書の余白に記載してください。

保 険 医
保 険 薬 剤 師

管轄地方厚生（支）局長変更届

記 載 例

① 保 険 医 保険薬剤師	氏 名	(フリガナ) カントウ タロウ 関東 太郎 大正・昭和 平成 令和 ××年 ××月 ××日生		男 女 男
② 医 籍 歯科医籍 薬剤師名簿	登録番号	第 ×××× 号	登 録 年月日	大正・昭和 平成 令和 ××年 ××月 ××日
③ 保 険 医 保険薬剤師	登録番号	医 東 歯 薬 ××号	登 録 年月日	大正・昭和 平成 令和 ××年 ××月 ××日
④ 変 更 前	病 院 診療所 薬 局	名 称	(法人名) 医療法人社団 □□会 (機関名) □□□クリニック	
		所在地	〒100-00×× 東京都千代田区△△1-1-1 □□ビル×階	
⑤ 変 更 前 の 住 所		〒100-00×× 東京都千代田区△△1-1-1		
⑥ 変 更 後	病 院 診療所 薬 局	名 称	(法人名) 医療法人社団 ○○会 (機関名) ○○○クリニック	
		所在地	〒06×-00×× 北海道札幌市△△区△△1-1-1 ○○ビル×階	
⑦ 変 更 後 の 住 所		〒06×-00×× 北海道札幌市△△区△△1-1-1		
⑧ 変 更 年 月 日		令和 ××年 ××月 ××日		
⑨ 事 由	転職のため			

保険医・保険薬剤師の変更前の
自宅住所を記入してください

保険医・保険薬剤師の変更後の
自宅住所を記入してください

実際に異動した日付を
記入してください

上記のとおり変更したのでお届けします。

令和 ××年 ××月 ××日

保 険 医

氏 名

関東 太郎

保険薬剤師

電 話

××× (××××) ××××

関東信越厚生局長 殿