

※ 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
				第 ×××× 号	登録年月日	
② 医籍 歯科医籍 薬剤師名簿		登録番号				
③ 保険医 保険薬剤師		登録番号	医 東 薬 ××号	登録年月日	大正・昭和 平成 ・令和 ××年 ××月 ××日	
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				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
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				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
⑧ 変更年月日		令和 ××年 ××月 ××日				
⑨ 事由	転職のため					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