

保 険 医 登 録 抹 消 申 出 書  
保 険 薬 剤 師

保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	医籍等登録番号	第	号	
フリガナ				生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
氏名						
登録抹消理由				登録抹消 予定年月日	令和	年 月 日
個人番号(マイナンバー)						(12桁)

保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第20条の規定により申し出ます。

令和 年 月 日

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

〒

住所

氏名

電話番号 ( )

関東信越厚生局長 殿

※ 登録抹消日は健康保険法第79条の規定により、申出書の提出日(郵送の場合は書類が到着した日)の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となりますのでご注意ください。

なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医登録票又は保険薬剤師登録票を地方厚生(支)局へ返却してください。