

保 險 医
保 險 薬 剤 師

登 録 票 再 交 付 申 請 書

(フリガナ)				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
医籍等登録番号					
医療 機 関 等	名称				
	所在地	〒 —			
紛失又はき損年月日	令和 年 月 日				
紛失又はき損の理由					
個人番号(マイナンバー)					(12桁)
<p>※き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】</p> <p>〒 —</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話番号 () —</p> <p>関東信越厚生局長 殿</p>					