

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局 指定通知書再交付申請書

医療機関（薬局）コード			
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)	
		(法人名)	
		(フリガナ)	
		(機関名)	
再 交 付 申 請 の 理 由	所 在 地	〒	
	紛 失 ・ き 損		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

関東信越厚生局長 殿

印