

保 険 医
保 険 薬 剤 師

管轄地方厚生（支）局内の管轄事務所等変更届

※ 保険医又は保険薬剤師の登録票の原本（紛失の場合は登録票紛失届）を添付してください

① 保 険 医 保 険 薬 剤 師	氏 名	(フリガナ) カントウ タロウ			男・女
		関東 太郎 明治・大正 昭和・平成 ××年 ××月 ××日生			
② 医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登録番号	第 ×××× 号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	××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	明治・大正 昭和・平成	××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	〒100-00XX 東京都千代田区△1-1-1 □□ビルX階			
⑤ 変 更 前 の 住 所	〒100-00XX 東京都千代田区△01-1-1 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				
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	〒330-00XX 埼玉県さいたま市浦和区□△1-1-1 ○○ビルX階			
⑦ 変 更 後 の 住 所	〒330-00XX 埼玉県さいたま市中央区△□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	平成 ××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。

平成 ××年 ××月 ××日

保 険 医
氏 名 関東 太郎 印
保 険 薬 剤 師
電 話 ××× (××××) ××××

関東信越厚生局長 殿