

保 険 医 登 録 申 請 書  
保 険 薬 剤 師

※ 登録の記号及び番号				
※ 登録年月日				
① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師	氏 名	明・大 昭・平		年 月 日生
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登 録 番 号	登 録 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日	
③ 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局	名 称			担当診療科名
	所 在 地			
④ 健康保険法第71条第2項第1号か ら第3号のいずれか（登録欠格事由） に該当	有 ・ 無	該 当 す る 法 律 名		
		内 容		
		該 当 年 月 日		
		処 分 権 者 等		

上記のとおり申請します。  
平成 年 月 日

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び住所

関東信越厚生局長 殿

印

関東信越厚生局における保険医等の登録申請に係る連絡票

関東信越厚生局事務所等からの登録申請書に関する照会等の連絡が円滑に行われるよう連絡先を登録願います。

申請年月日	平成 年 月 日	
申請者の氏名・連絡先		
氏名	(フリガナ)	
TEL		
FAX		
勤務(予定)保険医療機関・薬局		
	医療機関(薬局)コード	
名称等	法人名	(フリガナ)
	機関名	(フリガナ)
	TEL	(代表)
	FAX	