

保 險 医  
保 險 薬 剤 師 の登録票再交付申請書

登録記号及び番号	医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
氏 名 (生年月日)	(フリガナ)			明治・大正 昭和・平成	年	月	日生
勤務の 医療機 関等 の保 険	名 称						
	所在地	〒					
紛失又はき損 年月日	平成 年 月 日						
紛失又はき損 の理由							
<p>上記のとおり登録票の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所</p> <p style="text-align: center;">(住 所) 〒</p> <p style="text-align: center;">(氏 名) <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">関東信越厚生局長 殿</p>							