

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

管轄地方厚生（支）局長変更届

記 載 例

※ 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			
		大正・昭和 平成 令和 ××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	大正・昭和 平成 令和 ××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	大正・昭和 平成 令和 ××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△△1-1-1 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		〒06X-00XX 北海道札幌市△△区△△1-1-1 ○○ビルX階			
⑦ 変 更 後 の 住 所		〒06X-00XX 北海道札幌市△△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		令和 ××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。

令和 ××年 ××月 ××日

保 険 医

氏 名 関東 太郎

保 険 薬 剤 師

電 話 ××× ( ×××× ) ××××

関東信越厚生局長 殿