

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	(フリガナ) 氏 名	(氏)	(名)	大・昭 平・令	年 月 日生	男・女
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登録番号		登録年月日	大・昭 平・令	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	(フリガナ) 法人の名称				担当診療科名	
	(フリガナ) 機関の名称					
	所在地	〒	—	電話 (局) 番 FAX (局) 番	医療機関 (薬局) コード	
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	年 月 日			
		処 分 権 者 等				

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

住 所 〒 —

氏 名

電 話

F A X

(局) 番

(局) 番

番

番