

<記載例>

健康保険法第81条第4号から第6号までの規定に該当する場合の申請

保険医 又は 保険薬剤師	(フリガナ)	キンキ タロウ				性別	男・女					
	氏名	近畿 太郎										
	生年月日	大正 平成	昭和 令和	〇〇 年	〇〇 月			〇〇 日				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市〇〇町										
	医籍等登録番号	第 〇〇〇〇 号	登録年月日	大正 平成	昭和 令和	〇〇 年	〇〇 月	〇〇 日				
	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	医 歯 薬	〇〇〇〇 号	登録年月日	大正 平成	昭和 令和	〇〇 年	〇〇 月	〇〇 日			
従事する保険 医療機関又は 保険薬局	(フリガナ)	キンキコウセイキョクビョウイン										
	名称	近畿厚生局病院										
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市〇〇町										
健康保険法第81条第4号から第6号 までのいずれかに該当	該当する法律名	医師法										
	内容	医師法違反により医業停止2年間										
	該当年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日										
	処分権者	厚生労働大臣										
個人番号(マイナンバー)	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	(12桁)
上記のとおり届け出します。 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 大阪府大阪市〇〇町 氏名 近畿 太郎 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 近畿厚生局長 殿												

行政処分の内容を、簡潔に記載してください。

連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。