

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	男・女
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

厚生（支）局長 殿

印