

保 険 医 療 機 関
保 險 薬 局 指定通知書再交付申請書

医療機関（薬局）コード		
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)
		(法人名)
	所 在 地	(フリガナ)
		(機関名)
	〒	
再 交 付 申 請 の 理 由	紛 失 ・ き 損	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

近畿厚生局長 殿

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

* 添付書類：き損した保険医療機関・保険薬局指定通知書

(注) き損の場合のみ提出願います。