

## 保険医療機関（保険薬局）指定通知書の紛失届

名 称	法人名	(フリガナ)	医療機関（薬局） コード	
	機関名	(フリガナ)		
所 在 地				

上記の保険医療機関（保険薬局）指定通知書を紛失いたしましたので、紛失届を提出いたします。

令和 年 月 日

住 所

---

---

氏 名

---

近 畿 厚 生 局 長 殿