

医療機関（薬局）コード		保 険 医 療 機 関 保 険 薬 局		指定通知書再交付申請書
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)		
		(法人名)		
		(フリガナ)		
		(機関名)		
	所 在 地	〒		
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)

〒

(連絡可能な電話番号TEL) ・ 担当者氏名)

* 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。