

注：記入の際は裏面の「記入上の注意点」を参照してください。

保険医療機関  
保険薬局 届出事項変更（異動）届（保険医・保険薬剤師の転入・転出等）

保険医・保険 薬剤師の氏名	医籍等登録番号	保険医等 登録記号・番号	担当診療科名	変更年月日	勤務形態	届出の別
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更
		医・歯・薬		平成 年 月 日	常・非	採用・退職・勤務形態変更

上記のとおり変更、異動が生じたので保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第8条によりお届けします。

平成 年 月 日

医療機関（薬局）コード

医療機関（薬局）名

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）

〒

近畿厚生局長 殿

印

(裏 面)

## **記入上の注意点**

- 新たに勤務することになった者、退職した者及び勤務形態が変更になった者をそれぞれ記入し、**変更後速やかに**届出してください。  
なお、保険医療機関で勤務する保険薬剤師については、記入不要です。
- 「保険医等登録記号・番号」欄は、**保険医登録票又は保険薬剤師登録票に記載されている記号・番号を記入**してください。  
なお、新規登録又は管轄変更の手続中で記入できない場合は、「新規登録申請中」又は「管轄変更手続中」と記入してください。
- 「担当診療科名」欄は、**貴医療機関における担当診療科を記入**してください。