

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	フリガナ 氏 名	明・大 昭・平			年 月 日生
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登録番号	登録年月日	大・昭 平・令		
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。  
令和 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  
(住所) 〒

(氏名)

(連絡可能な電話番号℡ )

近 畿 厚 生 局 長 殿