

保 險 医 師 死 亡 ・ 失 そ う 届
保 險 薬 剂 師

登 録 の 記 号 及 び 番 号	医 歯 薬 号		
死 亡 又 は 失 そ う の 宣 告 を 受 け た 保 険 医 (保 険 薬 剂 師) 氏 名		(フリガナ)	
死 亡 又 は 失 そ う の 宣 告 を 受 け た 年 月 日	死 亡 ・ 失 そ う	令 和	年 月 日

指定登録に関する省令第16条第2項の規定によりお届けいたします。

令 和 年 月 日

届出者 (本人との続柄)

住 所 〒

氏 名

近畿厚生局長 殿

(連絡可能な電話番号TEL)

* 添付書類：保険医又は保険薬剤師の登録票
登録票紛失の場合は紛失届