

保 險 医  
保 險 薬 剤 師 の登録票再交付申請書

登録記号及び番号	医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
氏 名 (生年月日)	(フリガナ)			性 別	男・女		
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生						
勤務の 保険 医療 機関 等	名 称						
	所在地	〒					
紛失又はき損 年月日	令和 年 月 日						
紛失又はき損 の理由							
<p>上記のとおり登録票の再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所</p> <p>(住 所) 〒</p> <p>(氏 名)</p> <p>(連絡可能な電話番号☎ )</p> <p>近畿厚生局長 殿</p> <p>*添付書類：き損した保険医又は保険薬剤師の登録票 (注) き損の場合のみ提出願います。</p>							