

保 險 医 師 登 録 抹 消 申 出 書
保 險 薬 剂 師

登 録 の 記 号 及 び 番 号	医 歯 薬 号	保 險 医 保 險 薬 剂 師	氏 名	(フリガナ)
抹 消 申 出 理 由				
抹 消 希 望 年 月 日	令和 年 月 日			

指定登録に関する省令第20条の規定によりお届けいたします。

令和 年 月 日

保 險 医
保 險 薬 剂 師
(住所) 〒

(氏名)

近畿厚生局長 殿

(連絡可能な電話番号) 〇〇〇〇〇〇〇〇)

(注) 登録抹消日から10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を提出願います。なお、登録抹消日は、健康保険法第79条の規定により、保険医・保険薬剤師登録抹消申出書の申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。

登録票紛失の場合は紛失届の提出をお願いします。