

保 険 医 氏 名 変 更 届
保 険 薬 剤 師

【※医籍等登録番号 変更届】

登 録 記号番号	医 齒 薬	号	登 録 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
医 籍 等 登録番号※	旧	第 号	医 籍 等 登録年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	
	新	第 号			
保 険 医 保 険 薬 剤 師	氏 名	変更前	(フリガナ)	生 年 月 日 及 び 性 別	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
		変更後	(フリガナ)		男 ・ 女
	診療科名				
変 更 事 由					
保 険 医 保 険 薬 剤 師	住 所	〒			
従 事 する 保 険 医 療 機 関	名 称	(法人名)			
		(機関名)			
	所 在 地	〒			
変 更 年 月 日		令和 年 月 日			
登録票の書換交付 (いずれかに☑を付してください。)		<input type="checkbox"/> 氏名変更後の登録票の書換交付を申請します。 (保険医または保険薬剤師の登録票を必ず添付してください。) <input type="checkbox"/> 氏名変更後の登録票の書換交付を申請しません。			

上記のとおり変更したのでお届けします。

令和 年 月 日

保 険 医
氏 名
保 険 薬 剤 師

(連絡可能な電話番号☎)

近 畿 厚 生 局 長 殿

*添付書類

(1) 戸籍抄本、(2) 変更後の名前への書換交付を希望する場合は、保険医または保険薬剤師の登録票(紛失の場合は紛失届) ※医籍等登録番号に変更がある場合、変更後の医師等の免許証の写しも添付をお願いします。