

保 險 医
保 險 薬 剤 師

登 録 抹 消 申 出 書

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	保 険 医 又 は 保 険 薬 剤 師	(フリガナ) 氏 名	フリガナ
医籍等登録番号	第	号	従事する保険医療機関又は 保険薬局の名称及び所在地		(名 称) ----- (所在地)
登録抹消理由					
登録抹消予定年月日	令和 年 月 日				
登録票(いずれかに☑を付してください)	☐ 返納 ・ ☐ 紛失				

上記のとおり申し出ます。

令和 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名

(住所) 〒

九州厚生局長 殿

(氏 名)

電話番号 ()

- ※ 「医籍等登録番号」の欄は、医籍番号・歯科医籍番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。
- ※ 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るため、「登録抹消予定年月日」の欄は、この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入すること。
- なお、登録抹消予定年月日経過後は、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納すること。