

保 險 医
保 險 薬 剤 師

死亡・失そう届

<記載例>

| | | | | |
|-----------------------|------------------|---|------------------|-------------------------|
| 保険医又は保険薬剤師の 登録記号番号 | 福 医 〇〇〇〇〇 | 号 | 事由 | 死亡 ・失そう |
| フリガナ | キュウシュウ タロウ | | 生 年 月 日 | 明治・大正 昭和 〇年〇〇月〇〇日 |
| 氏名 | 九州 太郎 | | | |
| 死亡又は失そう年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | |

◆該当する方を、○で囲んでください。

保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第16条第2項の規定により届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

【届出者の住所及び氏名並びに本人との続柄】

◆届出をされる方（戸籍法上の
届出義務者）の住所・氏名・
続柄を記入してください。

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇

氏名 九州 次郎 (続柄) 弟

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

九州厚生局長 殿