

保 険 医
保 険 薬 剤 師

登 録 票 再 交 付 申 請 書

< 記 載 例 >

(フリガナ)	キュウシュウ タロウ		性別	男・女								
氏名	九州 太郎											
生年月日	大正 昭和 平成 令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日										
保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号	福 医 歯 薬 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	大正 昭和 平成 令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
医籍等登録番号	第〇〇〇〇〇号											
医療 機 関 等	名称	九州厚生局病院										
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇										
紛失又はき損年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇											
紛失又はき損の理由	引越しの際に紛失したと思われる。			◆紛失又はき損の理由を、 簡潔に記入してください。								
個人番号(マイナンバー)	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	(12桁)

※き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇

氏名 九州 太郎

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

九州厚生局長 殿