

保 険 医
保 険 薬 剤 師

登 録 抹 消 申 出 書

< 記 載 例 >

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	医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇 号
フリガナ	キュウシュウ タロウ		生年月日
氏名	九州 太郎		大正・昭和 平成・令和
登録抹消理由	〇〇〇のため。		登録抹消 予定年月日
個人番号(マイナンバー)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 (12桁)		

保険医及び保険薬剤師の登録抹消の申請は、令和〇〇年〇〇月〇〇日より申し出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

◆登録を抹消する理由を、
簡潔に記入してください。

保険医又は保険薬剤師の氏名及び

〒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

◆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してください。

九州厚生局長 殿

※ 登録抹消日は健康保険法第79条の規定により、申出書の提出日(郵送の場合は書類が到着した日)の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となりますのでご注意ください。

なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医登録票又は保険薬剤師登録票を地方厚生(支)局へ返却してください。