

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

管轄地方厚生(支)局長変更届

保険医 又は 保険薬剤師	(フリガナ)											性別	男・女	
	氏名													
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日									
	住所	〒 _____												
	医籍等登録番号	第 _____ 号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日							
	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	医 歯 薬	_____ 号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日						
従事する保険 医療機関又は 保険薬局	(フリガナ)													
	名称													
	所在地	〒 _____												
変更前の住所		〒 _____												
		変 更 年 月 日	令 和 年 月 日											
変更前の保険 医療機関又は 保険薬局	名称													
	所在地	〒 _____												
	変 更 年 月 日	令 和 年 月 日												
個人番号(マイナンバー)														(12桁)
<p>上記のとおり変更したので届け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話番号 ( ) _____</p> <p>九州厚生局長 殿</p>														