

健康保険法第81条第4号から第6号までの規定に該当する場合の申請

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	〒 _____														
健康保険法第81条第4号から第6号 までのいずれかに該当	該当する法律名															
	内容															
	該当年月日	令和	年	月	日											
	処分権者															
個人番号(マイナンバー)															(12桁)	
<p>上記のとおり届け出します。</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>																