

保 險 医

保 險 薬 剤 師

管轄地方厚生(支)局長変更届

<記載例>

保険医 又は 保険薬剤師	(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			
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		◆変更後の住所を記入してください。		
		東京都〇〇区〇〇〇〇〇				
	医籍等登録番号	第 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	
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		
従事する保険 医療機関又は 保険薬局	(フリガナ)	コクリツコウセイロウドウショウビョウイン				
	名称	国立厚生労働省病院		◆変更後の保険医療機関等を 記入してください。		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇〇〇				
変更前の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇		変 更 年 月 日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
変更前の保険 医療機関又は 保険薬局	名称	九州厚生局病院		◆変更前の保険医療機関等を 記入してください。		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇				
	変 更 年 月 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
個人番号(マイナンバー)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	(12桁)				
上記のとおり変更したので届け出します。 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 ◆変更後の住所を記入 住所 東京都〇〇区〇〇〇〇〇 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						