

保険医・保険薬剤師の新規登録における注意事項

➤ [あなたの登録状況を登録してください] 画面

医師免許・薬剤師免許を取得し、はじめて保険医として登録する場合は、「資格管理団体（＝九州厚生局）へ登録していない」を選択してください。

保険医	保険薬剤師
<p>マイナポータル 国家資格</p> <p>トップ > 国家資格 保険医 > あなたの登録状況を選択してください</p> <p>保険医の手続き</p> <hr/> <p>あなたの登録状況を選択してください</p> <p>保険医の登録状況 必須</p> <p><input type="radio"/> 資格管理団体へ登録している</p> <p><input checked="" type="radio"/> 資格管理団体へ登録していない</p> <p>※ マイナポータルでは、資格（又は免許）の登録や試験の実施を取り扱う機関を資格管理団体と表記しています。</p> <p>次へ</p> <p>戻る</p> <p>中断する</p>	<p>マイナポータル 国家資格</p> <p>トップ > 国家資格 保険薬剤師 > あなたの登録状況を選択してください</p> <p>保険薬剤師の手続き</p> <hr/> <p>あなたの登録状況を選択してください</p> <p>保険薬剤師の登録状況 必須</p> <p><input type="radio"/> 資格管理団体へ登録している</p> <p><input checked="" type="radio"/> 資格管理団体へ登録していない</p> <p>※ マイナポータルでは、資格（又は免許）の登録や試験の実施を取り扱う機関を資格管理団体と表記しています。</p> <p>次へ</p> <p>戻る</p> <p>中断する</p>

保険医・保険薬剤師の新規登録における注意事項

➤ [提出先を選択してください] 画面

提出先は、登録申請を行う九州厚生局各県事務所等を選択してください。

保険医

保険医の手続き

手続きの提出先を選択してください

提出先を絞り込む

現在申請可能な提出先のみが表示されます。

厚生(支)局を絞り込む 必須

九州厚生局

提出先を選択

手続きの提出先 必須

- 九州厚生局 指導監査課
- 九州厚生局 佐賀事務所
- 九州厚生局 長崎事務所
- 九州厚生局 熊本事務所
- 九州厚生局 大分事務所
- 九州厚生局 宮崎事務所
- 九州厚生局 鹿児島事務所
- 九州厚生局 沖縄事務所

保険薬剤師

保険薬剤師の手続き

手続きの提出先を選択してください

提出先を絞り込む

現在申請可能な提出先のみが表示されます。

厚生(支)局を絞り込む 必須

九州厚生局

提出先を選択

手続きの提出先 必須

- 九州厚生局 指導監査課
- 九州厚生局 佐賀事務所
- 九州厚生局 長崎事務所
- 九州厚生局 熊本事務所
- 九州厚生局 大分事務所
- 九州厚生局 宮崎事務所
- 九州厚生局 鹿児島事務所
- 九州厚生局 沖縄事務所

<勤務先が決まっている場合>

主として従事する保険医療機関・保険薬局の所在する県を管轄する九州厚生局各県事務所（福岡県にあっては指導監査課）を選択してください。

<勤務先が決まっていない場合>

申請者の住所地を管轄する九州厚生局各県事務所（福岡県にあっては指導監査課）を選択してください。

保険医・保険薬剤師の新規登録における注意事項

➤ [申請情報を入力してください] 画面

① 健康保険の診療・調剤に従事する病院・診療所／薬局

勤務先が決まっている場合は、医療機関（薬局）の名称等の情報を必ず入力してください。

保険医	保険薬剤師
健康保険の診療・調剤に従事する病院・診療所 病院・診療所区分 必須 選択してください	健康保険の診療・調剤に従事する薬局 薬局区分 必須 選択してください
名称（法人名） 任意 健康保険の診療に従事する病院若しくは診療所が2以上ある場合は、主として従事するものについて記入し、医師にあたっては担当診療科名を記入してください 全角文字50文字以下 (中略)	名称（法人名） 任意 健康保険の調剤に従事する薬局が2以上ある場合は、主として従事するものについて記入してください 全角文字50文字以下 (中略)
所在地 3 任意 建物名などを入力してください 全角文字25文字以下	所在地 3 任意 建物名などを入力してください 全角文字25文字以下
医療機関の電話番号 任意 ハイフンありで入力してください 半角数字または、半角ハイフンで13桁以下 例：080-1234-5678	医療機関の電話番号 任意 ハイフンありで入力してください 半角数字または、半角ハイフンで13桁以下 例：080-1234-5678

* 「名称（法人名）」欄以下は任意入力となっておりますが、勤務先が決まっている場合は、登録手続きに必要な情報となりますので、必ず入力いただきますようご協力をお願いします。

保険医・保険薬剤師の新規登録における注意事項

➤ [申請情報を入力してください] 画面

② 署名 > 医師若しくは歯科医師の住所／薬剤師の住所

現在の住所について、正確に入力してください。

保険医	保険薬剤師
署名 申請日(年) 必須 <input type="text"/> (中略)	署名 申請日(年) 必須 <input type="text"/> (中略)
医師若しくは歯科医師の住所1 必須 都道府県及び市区町村を入力してください 全角文字25文字以下 <input type="text"/>	薬剤師の住所1 必須 都道府県及び市区町村を入力してください 全角文字25文字以下 <input type="text"/>
医師若しくは歯科医師の住所2 任意 番地などを入力してください 全角文字25文字以下 <input type="text"/>	薬剤師の住所2 任意 番地などを入力してください 全角文字25文字以下 <input type="text"/>
医師若しくは歯科医師の住所3 任意 建物名などを入力してください 全角文字25文字以下 <input type="text"/>	薬剤師の住所3 任意 建物名などを入力してください 全角文字25文字以下 <input type="text"/>

* 現在の住所と住民票の住所が異なる場合は、現在の住所を入力してください。