

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 登録の記号及び番号	福 齒 薬 〇〇〇〇〇 号	保 険 医 又 は 保 険 薬 剤 師	(フリガナ) 氏 名	フリガナ キョウシュウ タロウ 九州 太郎
医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	従事する保険医療機関又は 保険薬局の名称及び所在地	(名 称) 九州厚生局病院 ----- (所在地) 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇	
登録抹消理由	〇〇〇〇のため			
登録抹消予定年月日	平成 ・ 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。

◆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。

上記のとおり申し出ます。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名

(住 所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

九州厚生局長

殿

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

(氏 名)

九州 太郎

電話番号 (

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

)

※ 「医籍等登録番号」の欄は、医籍番号・歯科医籍番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。

※ 健康保険法第79条の規定により、保険医・保険薬剤師登録抹消申出書の申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となるため、「登録抹消予定年月日」の欄は、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すること。

なお、登録抹消予定年月日経過後は、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納すること。