

保険医
保険薬剤師

の登録票再交付申請書 <記載例>

保険医又は保険薬剤師の登録記号及び番号	福 医 歯 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
医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	登録年月日	大正昭和平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日
(フリガナ) 氏名	キュウシュウ タロウ 九州 太郎		性別 男 ・女
生年月日	大正昭和平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生		
従事する保険医療機関等	名称	九州厚生局病院	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県福岡市〇〇区〇〇	
紛失又はき損年月日	平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
紛失又はき損の理由	引っ越しの際に紛失したものと思われる。		
旧姓による登録票の交付 (紛失・き損した登録票が旧姓表記(旧姓使用)の場合であり、引き続き旧姓による登録票を希望する場合は□を付してください)	<input type="checkbox"/> 旧姓による登録票の交付を希望します。 (※旧姓使用を中止し、新姓による登録票の再交付を希望する方につきましては、「保険医 保険薬剤師の届出事項変更届」による手続をお願いいたします。)		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日			
保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名 (住 所) 〒			
(氏 名)			
電話番号 ()			
九州厚生局長 殿			

※ 「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。

※ 紛失した登録票を発見した際は、速やかに返納すること。

※ き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。