

**保 險 医**  
保 險 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 <b>医</b> 歯 薬 〇〇〇〇〇 号	登 録 年 月 日	大正 <b>昭</b> 和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成・令和
医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	登 録 年 月 日	大正 <b>昭</b> 和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成・令和
(フリガナ) 氏 名	キウシュウ タロウ <b>九州 太郎</b>		性 別 <b>男</b> ・女
生 年 月 日	大正 <b>昭</b> 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	<b>九州厚生局病院</b>	
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 <b>福岡県福岡市〇〇区〇〇</b> ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )	
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	<b>引っ越しの際に紛失したものと思われる。</b>		
旧姓による登録票の交付 <small>(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)</small>	<input type="checkbox"/> 旧姓による登録票の交付を希望します。 <small>(※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」による手続きをお願いいたします。)</small>		
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			

◆紛失又はき損の理由を、簡潔に記入してください。

- ※ 「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。