

◆届出内容及び記入欄の確認のため、裏面のチェック表も記入してください。

保 険 医
保 険 薬 剤 師

届出事項変更(該当)届

<記載例>

・死亡又は失そうの宣告を受けたとき

必ず記入すること	① 保険医又は保険薬剤師	生年月日	(フリガナ) キュウシュウ タロウ 九州 太郎		性別	男・女
		現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇			
		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 歯 〇〇〇〇〇 号 薬	登 録 年 月 日	大正・昭 [○] 和 平成・令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
② 従事する保険医療機関又は保険薬局	(フリガナ) 名称	(フリガナ)		(担当診療科)		
	所在地	〒 _____ 電話番号 (_____)				

※③、⑤、⑥の欄を記入する場合、①、②の欄は「変更後」の氏名・住所等をご記入ください(詳細は裏面参照)。

該当する欄を記入すること	③ 変更前の氏名			(変更年月日) 平成 令和 年 月 日	
	④ 登録票の書換交付(いずれかに☑を付してください)	<input type="checkbox"/> 氏名変更後の登録票の書換交付を申請します。(※保険医または保険薬剤師の登録票を添付してください。) <input type="checkbox"/> 氏名変更後の登録票の書換交付を希望しません。(※旧姓使用を希望します。)			
	⑤ 変更前の住所	〒 _____		(変更年月日) 平成 令和 年 月 日	
	⑥ 変更前の保険医療機関又は保険薬局	名称	◆該当する方を、○で囲んでください。		(変更年月日) 平成 令和 年 月 日
		所在地	〒 _____		
	⑦ 保険医又は保険薬剤師の死亡又は失そう	事由	死 亡 ・ 失 所 う		
		死亡又は失そう年月日	平成 ・ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	⑧ 健康保険法第81条第4号から第6号までのいずれかに該当	該当する法律名			
内 容					
該 当 年 月 日		平成 ・ 令和 年 月 日			
処 分 権 者		◆届出をされる方(戸籍法上の届出義務者)の住所・氏名・続柄を記入してください。			

上記のとおり変更したので届け出ます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

九州厚生局長 殿

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

福岡県福岡市〇〇区〇〇〇

(氏 名) 九州 次郎 (本人との続柄:弟)

電話番号 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

記入上の注意

- ①の「氏名」の欄は、現在の氏名(氏名変更をした場合は変更後の氏名)を記入すること。
- ①の「現住所」の欄は、現在の住所(住所変更をした場合は変更後の住所)を記入すること。
- ①の「医籍等登録番号」の欄は、医籍登録番号・歯科医籍登録番号・薬剤師名簿登録番号を記入すること。
- ②の欄は、現在従事している保険医療機関等(保険医療機関等の変更をした場合は変更後の保険医療機関等)について記入すること。ただし、現在保険医療機関・保険薬局に従事していない(勤務していない)場合又は死亡・失そうの場合は、記入不要とする。
- ③～⑧の欄は、それぞれ今回の届出に該当する事項の欄を記入すること(※下記のチェック表参照)。
- ③、⑤、⑥の欄は、それぞれ変更する前のものを記入すること。
- ⑦の「保険医又は保険薬剤師の死亡又は失そう」を届け出る場合は、届出書下部の「保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所」の欄は、届出人の住所、氏名及び続柄を記入すること。
- ⑧の欄は、健康保険法第81条の第4号から第6号(下記参照)のいずれかに該当した場合に記入すること。
- それぞれ該当する事項の届出に必要な添付書類については、添付書類一覧表にて確認すること。

○健康保険法第81条(一部抜粋)

(保険医又は保険薬剤師の登録の取消し)

第81条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合には、当該保険医又は保険薬剤師に係る第64条の登録を取り消すことができる。

一～三(省略)

四 保険医又は保険薬剤師が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者に該当するに至ったとき。

五 保険医又は保険薬剤師が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者に該当するに至ったとき。

六 前各号に掲げる場合のほか、保険医又は保険薬剤師が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定める命令若しくは処分に違反したとき。

◆届出内容及び記入欄の確認のため、
チェック表に○を記入してください。

【チェック欄】	今回の届出に該当する事項	必要な記入欄
	・氏名に変更があったとき(注1)	①・②・③・④
	・登録をしている九州厚生局の管轄を越えて住所変更があったとき(注1)(注2)	①・②・⑤・⑥
○	・死亡し、又は失そうの宣告を受けたとき	①・⑦
	・健康保険法第81条第4号から第6号までのいずれかに該当したとき	①・②・⑧

(注1): 旧姓使用については、九州厚生局の管轄内(福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県)における取扱いとなります。他の厚生(支)局の管轄の都道府県へと住所を変更する場合の旧姓使用に係る取扱いについては、**住所変更後の**都道府県を管轄する地方厚生(支)局へ直接お問い合わせください。

(注2): 九州厚生局の管轄(福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県)を越えて、他の厚生(支)局の管轄の都道府県へと住所を変更した場合は、**住所変更前の**県を管轄する九州厚生局指導監査課又は各県事務所へ届け出を行います。