

保 険 医
保 険 薬 剤 師
の 登 録 票 再 交 付 申 請 書

保険医又は保険薬剤師 の登録記号及び番号	医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
医籍等登録番号	第	号	登 録 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
(フリガナ) 氏 名							性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生							
従事する保険 医療機関等	名 称							
	所在地	〒 電話番号 ()						
紛失又はき損年月日	平成 ・ 令和 年 月 日							
紛失又はき損の理由								
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 <div style="text-align: right;"> 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 () </div> 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。