

<記載例>

保 険 医
保 険 薬 剤 師

登 録 申 請 書

※ 登録の記号及び番号				
※ 登録年月日				
① <input checked="" type="radio"/> 医師・歯科医師・薬剤師	(フリガナ) 氏 名	キュウシュウ タロウ 九州 太郎	大・昭 平・令 ○○年○○月○○日生 <input checked="" type="radio"/> 男・女	
② <input checked="" type="radio"/> 医籍・歯科医籍・薬剤師名簿	登録番号	○○○○○	登録年月日 大・昭 平・令 ○○年○○月○○日	
③ <input checked="" type="radio"/> 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局	(フリガナ) 名 称	キュウシュウコウセイキョクビョウイン 九州厚生局病院	担当診療科 内 科	
	所在地	福岡県福岡市○○区○○○○○ (電話番号) ○○○ (○○○) ○○○		
④ 健康保険法第71条第2項第1号 から第3号のいずれか(登録欠格 事由)に該当	有 <input checked="" type="radio"/> 無	該当する法律名	◆登録欠格事由に該当「有」の 場合のみ、記入してください。	
		内 容		
		該 当 年 月 日		年 月 日
		処 分 権 者 等		

◆該当する方を、○で

◆登録欠格事由に該当「有」の
場合のみ、記入してください。

上記のとおり申請します。

令和○○年○○月○○日

九州厚生局長 殿

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名

〒○○○-○○○○

(住所) 福岡県○○市○○町○○○○

(氏名) 九州 太郎

電話番号 ○○○ (○○○) ○○○