

保 険 医 登 録 票 紛 失 届
保 険 薬 剤 師

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	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		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日生
紛失の理由			

上記のとおり届け出ます。

なお、紛失した登録票を発見した際は、速やかに返納いたします。

令和 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名
(住 所) 〒

九州厚生局長 殿

(氏 名)

電話番号 ()

※ 「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。