

保 険 医
保 険 薬 剤 師

登 録 票 紛 失 届

< 記 載 例 >

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	福 齒 〇〇〇〇〇 号 薬	登録年月日	大正昭利 平成令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
医籍等登録番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	登録年月日	大正昭利 平成令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
(フリガナ) 氏 名	キョウシュウ タロウ 九州 太郎	生年月日	大正昭利 平成令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生
紛失の理由	引っ越しの際に紛失したと思われる。 ◆紛失した理由を、簡潔に記入してください。		

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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

福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

(氏 名) 九州 太郎

電話番号 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

※ 「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。