

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	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
医籍等登録番号	第 号	登録年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
(フリガナ) 氏名					性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日		
従事する保険 医療機関等	名称					
	所在地	〒				
紛失又はき損年月日	平成	年	月	日		
紛失又はき損の理由						
上記のとおり申請します。						
平成 年 月 日						
保険医又は保険薬剤師の住所及び氏名 (住 所) 〒						
(氏 名) 印						
電話番号 ( )						
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。