

保 険 医
保 険 薬 剤 師

登 録 票 再 交 付 申 請 書

(フリガナ)				性別	男・女													
氏名																		
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日																
保険医又は保険薬剤師の 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																		
医療 機 関 等	名称																	
	所在地	〒 —																
紛失又はき損年月日		令和 年 月 日																
紛失又はき損の理由																		
個人番号(マイナンバー)																		(12桁)
<p>※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。</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】</p> <p>〒 —</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話番号 () —</p> <p>四国厚生支局長 殿</p>																		