

健康保険法第81条第4号から第6号までの規定に該当する場合の申請

保険医 又は 保険薬剤師	(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									
	住所	〒												
	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						
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							
従事する保険 医療機関又は 保険薬局	(フリガナ)													
	名称													
	所在地	〒												
健康保険法第81条第4号から第6号 までのいずれかに該当	該当する法律名													
	内容													
	該当年月日	令和	年	月	日									
	処分権者													
個人番号(マイナンバー)														(12桁)
上記のとおり届け出します。 令和 年 月 日 【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】 〒 住所 氏名 電話番号 ()														
四国厚生支局長 殿														