

保 險 医
保 險 薬 剤 師 の登録票再交付申請書

登録記号及び番号		医 歯 薬	号	医師免許証 等登録番号		
氏 名 (生年月日)		(フリガナ)			性 別	男・女
		明治・大正 昭和・平成 年 月 日生				
勤務の 保険 医療機 関等	名 称					
	所在地	〒				
紛失又はき損 年月日		平成・令和 年 月 日				
紛失又はき損 の理由						
上記のとおり登録票の再交付を申請します。						
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						

(注) き損の場合は保険医、保険薬剤師登録票を添付してください。