

保 険 医 登 録 申 請 書
保 険 薬 剤 師

| | | | | | | |
|----------------------------------------|---------------|-----------|-------|------------|-----------------|-----|
| ※ 登録の記号及び番号 | | | | | | |
| ※ 登録年月日 | | | | | | |
| ① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 | (フリガナ) 氏 名 | (氏) | (名) | 明・大 昭・平 | 年 月 日生 | 男・女 |
| | | | | | | |
| ② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿 | 登録番号 | | 登録年月日 | 明・大 昭・平 | 年 月 日 | |
| ③ 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局 | 名 称 | | | | 担当診療科名 | |
| | 所 在 地 | | | | 医療機関 (薬局)コード | |
| ④ 健康保険法第71条第2項第1号から第3号のいずれか(登録欠格事由)に該当 | 有 ・ 無 | 該当する法律名 | | | | |
| | | 内 容 | | | | |
| | | 該 当 年 月 日 | | | | |
| | | 処 分 権 者 等 | | | | |

上記のとおり申請します。
平成 年 月 日

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名
〒

電話番号 ()

印

四国厚生支局長 殿

記入上の注意

1. ①、②、③及び④の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
ただし、④の欄については、平成 18 年 10 月 1 日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2. ③の欄は、健康保険の診療又は調剤に従事する病院若しくは診療所又は薬局が 2 以上あるときは、主として従事するものについて記入し、医師にあっては、その担当診療科名を記入すること。

3. ④の欄に有と○で囲んだ場合は、該当する法律名を記載すること。
また、内容欄に非該当となる年月日を記入すること。

健康保険法第 71 条第 2 項第 2 号の場合の該当法律

- | | |
|-------------|------------------|
| ・船員保険法 | ・国家公務員共済組合法 |
| ・医師法 | ・国民健康保険法 |
| ・歯科医師法 | ・薬事法 |
| ・保健師助産師看護師法 | ・薬剤師法 |
| ・医療法 | ・地方公務員等共済組合法 |
| ・私立学校教職員共済法 | ・高齢者の医療の確保に関する法律 |

※の欄には、記入しないこと。