

保 險 医 師 死 亡 ・ 失 そ う 届  
保 險 薬 剂 師

登録の記号及び番号	医 歯 薬 号		
死亡又は失そうの宣告を受けた 保険医（保険薬剤師）氏名		(フリガナ)	
死亡又は失そうの宣告を受けた年月日	死亡・失そう	平成	年 月 日

指定登録に関する省令第16条第2項の規定によりお届けいたします。

平成 年 月 日

届出者（本人との続柄）

住所 〒

氏名

印

連絡先電話番号 — —

四国厚生支局長 殿

(注) 保険医、保険薬剤師登録票を必ず添付してください。