

保 険 医 師 登 録 抹 消 申 出 書  
保 険 薬 剤 師

登 録 の 記 号 及 び 番 号	医 歯 薬	号	保 険 医 保 険 薬 剤 師	氏 名	(フリガナ)
抹 消 申 出 理 由					
抹 消 希 望 年 月 日	平成 年 月 日				

指定登録に関する省令第20条の規定によりお届けいたします。

平成 年 月 日

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

(住所) 〒

(氏名)

印

(電話番号)

四 国 厚 生 支 局 長 殿

(注) 登録抹消日から10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を提出願います。なお、登録抹消日は、健康保険法第79条の規定により、保険医・保険薬剤師登録抹消申出書の申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。