

保 險 医
保 險 薬 剤 師 の 登 録 票 再 交 付 申 請 書

保険医又は保険薬剤師の 登録記号及び番号	医 歯 薬 号	登録年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
医籍等登録番号	号		
(フリガナ)			性 別 男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
従事する保険 医療機関等	名 称		
	所 在 地	〒 - 県	
紛失又はき損の理由			
<p>※ き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">【 保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所 】</p> <p style="text-align: center;">(住 所) 〒 -</p> <p style="text-align: center;">(氏 名)</p> <p style="text-align: center;">TEL () -</p> <p>東北厚生局長 殿</p>			