

保 險 医
保 險 薬 剤 師

登 録 抹 消 申 出 書

< 記 載 例 >

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	城	医 歯 薬	号	保 險 医 又 は 保 險 薬 剤 師	(フリガナ)	トウホク タロウ	
医籍等登録番号			号		氏 名	東北 太郎	
登録抹消理由	のため				生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
登録抹消予定年月日	令和	年	月	日	この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上経過した日を記入してください。		
上記のとおり申出します。							
令和	年	月	日	提出日を記入してください。			
東北厚生局長 殿				保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所			
				(住所) 〒 -			
				宮城県 市 区			
				(氏名) 東北 太郎			
				TEL () -			
<small>(注) 登録抹消予定年月日は、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提出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。 なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納願います。</small>							

添付書類 ・ 不要 (登録抹消予定年月日から10日以内に保険医または保険薬剤師の登録票 (紛失の場合は紛失届) を提出してください。)