保険医療機関指定通知書
保 険 薬 局 指 定 通 知 書　紛 失 届

医療機関(薬局) コ ー ド			
病　院 診 療 所	(フリガナ)		TEL（　　）　－ FAX（　　）　－
	名　称		
	所 在 地	〒　－ 県	

保険医療機関指定通知書・保険薬局指定通知書を紛失したので、届出ます。

令和　　年　　月　　日

開設者の氏名及び住所（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）

（ 住 所 ）〒　　－

東北厚生局長 殿　　（ 氏 名 ）

TEL（　　）　－　　FAX（　　）　－