

保 険 医 師 登 録 申 請 書
保 険 薬 剤 師

登録の記号及び番号						
登録年月日						
医師・歯科医師・薬剤師	氏名			明・大 昭・平	年 月 日生	男・女
医籍・歯科医籍・薬剤師名簿	登録番号			登録年月日	明・大 昭・平	年 月 日
健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局	名称				担当診療科名	
	所在地					
健康保険法第71条第2項第1号から第3号のいずれか(登録欠格事由)に該当	有・無	該当する法律名				
		内容				
		該当年月日				
		処分権者等				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所及び氏名

東北厚生局長 殿