# 保険医療機関指定通知書<br>保 険 薬 局 指 定 通 知 書　紛 失 届

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