

(記載例)

| | | | | | |
|--|--|--|---------|-----------------------------|--------------------------------|
| ※ 登録の記号及び番号 | | 保 険 薬 剤 医 師 登 録 申 請 書 | | | |
| ※ 登録年月日 | | | | | |
| ① 医 師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 | フリガナ | トウホク タロウ | | | 大・昭 平・令 年 月 日生 男 ・ 女 |
| | 氏 名 | 東北太郎 | | | |
| ② 医 籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿 | 登録番号 | 〇〇〇〇〇 | | 登録年月日 | 大・昭 平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
| | 名称 | 東北厚生局病院 | | | 担当診療科名 |
| ③ 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局 | 所在地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇 (電話番号) 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | |
| | ④ 健康保険法第71条第2項第1号から第3号までのいずれか(登録欠格事由)に該当 | 有 ・ 無 | 該当する法律名 | 登録欠格事由に該当「有」の場合のみ、記入してください。 | |
| | | 内 容 | | | |
| | | 該 当 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | | 処 分 権 者 等 | | | |
| ⑤ 個人番号(マイナンバー) | 個人番号(12桁) | | | | |

該当する方を、○で囲んでください。

登録欠格事由に該当「有」の場合のみ、記入してください。

マイナンバーカードに記載してある個人番号(12桁)を記入してください。

上記のとおり申請します。
令和 〇 年 〇 月 〇 日

提出日を記入してください。

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所、氏名及び電話番号
〒 〇〇〇-〇〇〇〇
(住所) 宮城県〇〇市〇〇区〇〇〇〇

(氏名) 東北 太郎

電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

東北厚生局長 殿

記入上の注意

1 ①から④までの欄は、該当する文字を○で囲むこと。

ただし、④の欄については、平成18年10月1日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2 ③の欄は、健康保険の診療又は調剤に従事する病院若しくは診療所又は薬局が2以上あるときは、主として従事するものについて記入し、医師にあっては、その担当診療科名を記入すること。

3 ④の欄に有と○で囲んだ場合は、該当する法律名を記載すること。

また、内容欄に非該当となる年月日を記入すること。

健康保険法第71条第2項第2号の場合の該当法律

- ・ 健康保険法
- ・ 船員保険法
- ・ 医師法
- ・ 歯科医師法
- ・ 保健師助産師看護師法
- ・ 医療法
- ・ 私立学校教職員共済法
- ・ 国家公務員共済組合法
- ・ 国民健康保険法
- ・ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律
- ・ 薬剤師法
- ・ 地方公務員等共済組合法
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律
- ・ 再生医療等の安全性の確保等に関する法律
- ・ 臨床研究法

※の欄には、記入しないこと。

備 考 この用紙は、A列4番とすること。