

保 険 医 登 録 票 紛 失 届
保 険 薬 剤 師

保険医 保険薬剤師	登録記号 番 号	城 医 菌 薬 ○○○○ 号	登録年月日	大正 昭 和 平成 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日
医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登録番号	第 ○○○○ 号	登録年月日	大正 昭 和 平成 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日
保険医 保険薬剤師	(フリガナ)	トウホク タロウ		性別	男 ・ 女
	氏名	東北 太郎			
	生年月日	大正 昭 和 平成 令和	○ 年 ○ 月 ○ 日		

保険医又は保険薬剤師登録票を紛失しましたので届け出ます。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

提出日を記入してください。

【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】

〒 ○○○-○○○○

住所 宮城県仙台市青葉区○○○○

氏名 東北 太郎

電話番号 (○○○) ○○○-○○○○

東北厚生局長 殿