

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

登 録 票 再 交 付 申 請 書

(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 平成	昭和 令和	〇 年	〇 月					〇 日			
保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号	城	医 歯 薬	〇〇〇〇	号	登録年月日	大正 平成	昭和 令和	〇 年	〇 月	〇 日		
医籍等登録番号	〇〇〇〇〇号				「号」まで適切に記入してください。							
医療 機 関 等	名称	東北厚生局病院										
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇										
紛失又はき損年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日											
紛失又はき損の理由	引越しの際に紛失したと思われる。				紛失またはき損の理由を簡潔に 記入してください。							
個人番号(マイナンバー)	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	(12桁)
※き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。 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。												
【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】												
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇												
住所 宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇												
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												