

保 険 医  
保 険 薬 剤 師

管轄地方厚生(支)局長変更届

保険医 又は 保険薬剤師	(フリガナ)					性別	男・女										
	氏名																
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日												
	住所	〒 —															
	医籍等登録番号	第	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日									
	保険医又は保険薬剤師の登録の記号及び番号	医 歯 薬	号	登録年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日									
従事する保険 医療機関又は 保険薬局	(フリガナ)																
	名称																
	所在地	〒 —															
変更前の住所		〒 —															
		変 更 年 月 日	令 和	年	月	日											
変更前の保険 医療機関又は 保険薬局	名称																
	所在地	〒 —															
	変 更 年 月 日	令 和 年 月 日															
個人番号(マイナンバー)																(12桁)	
上記のとおり変更したので届け出します。																	
令和 年 月 日																	
【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】																	
〒 —																	
住所 _____																	
氏名 _____																	
電話番号 ( ) —																	
東北厚生局長 殿																	