

保 険 医 登 録 抹 消 申 出 書
保 険 薬 剤 師

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	医籍等登録番号	第 〇〇〇〇 号
フリガナ	トウホク タロウ		生年月日
氏名	東北 太郎		大正・ 昭和 平成・令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
登録抹消理由	〇〇〇〇のため。	登録を抹消する理由を、 完結に記入してください。	登録抹消 予定年月日 令和 〇 年 〇 月 〇〇 日
個人番号(マイナンバー)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		(12桁)

保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第20条の規定により申し出ます。

令和 〇 年 〇 月 〇〇 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

※ 登録抹消日は健康保険法第79条の規定により、申出書の提出日(郵送の場合は書類が到着した日)の翌日から1ヶ月以上の予告期間が必要となりますのでご注意ください。

なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医登録票又は保険薬剤師登録票を地方厚生(支)局へ返却してください。