

**保険医療機関局 指定通知書再交付申請書 < 記載例 >**

医療機関(薬局)コード			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; width: fit-content;">                     【指定通知書】に記載されている7桁のコードを記入してください。                      病院・診療所・薬局                 </div>	(フリガナ)	トウホクコウセイキョクビョウイン	TEL (    ) -
	名 称	東北厚生局病院	FAX (    ) -
	所 在 地	〒980- 宮城県仙台市青葉区	

再 交 付 申 請 の 理 由	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">紛失</div> ・ き 損	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">                     該当する方を、 で 困 っ て く だ さ い 。                      なお、き損の場合は、き損した指定通知書を添付してください。                 </div>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

き損の場合は、き損した保険医療機関または保険薬局の指定通知書を添付すること。

上記のとおり申請します。

令和    年    月    日

提出日を記入してください。

東北厚生局長 殿

開設者の氏名及び住所 (法人の場合は、名称(フリガナ)、代表者の職氏名(フリガナ)及び主たる事務所の所在地)

( 住 所 ) 〒    -

( 氏 名 )

保険医療機関・保険薬局の開設者名及び住所

TEL (    ) -                      FAX (    ) -

添付書類 ・ き損した保険医療機関・保険薬局指定通知書(き損の場合のみ提出してください。)

担当者名	
TEL	(    ) -