

保 險 医 死亡・失そう届
保 險 薬 剤 師

< 記載例 >

・死亡又は失そうの宣告を受けたとき

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号	城	医 薬	号
死亡又は失そうの宣告を受けた 保険医(保険薬剤師)の氏名・生年月日	氏 名	(フリガナ) トウホク タロウ 東北 太郎	生 年 月 日 明治・大正 昭和 平成 年 月 日
死亡又は失そうの宣告を受けた年月日	該当する方を、 で囲んでください。 死亡	失そう	令和 年 月 日

指定登録に関する省令第16条第2項の規定により届出ます。

令和 年 月 日

届出をされる方(戸籍法上の届出義務者)の
住所・氏名・続柄を記入してください。

届 出 者
(本人との続柄)
弟
(住 所) 〒 -
宮城県 市 区
(氏 名) 東北 次郎
TEL () -

提出日を記入してください。

東北厚生局長 殿

添付書類 ・保険医または保険薬剤師の登録票の原本(紛失の場合は紛失届を提出してください。)
・死亡の事実が確認できる書類(死亡診断書や戸籍抄本・謄本(死亡日の確認できるもの)など。)