

**保 険 医** 氏 名 変 更 届  
保 険 薬 剤 師

**< 記載例 >**  
・氏名変更

保険医又は保険薬剤師 登録の記号及び番号		城	医 歯 薬 〇〇〇〇〇	号	登 録 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	〇〇年〇〇月〇〇日
医籍・歯科医籍・薬剤師名簿 登録番号		〇〇〇〇〇			号	登 録 年 月 日	昭 和 ・ 平 成  〇〇年〇〇月〇〇日
保 険 薬 剤 師 氏 名 (フリガナ)	変更前	トウホク ハナコ 東北 花子			十 月 日	昭 和 ・ 平 成	〇〇年〇〇月〇〇日
	変更後	コウセイ ハナコ 厚生 花子			性 別	男 ・ 女	
変 更 事 由		〇〇〇〇のため					
変 更 年 月 日		平成〇〇年〇〇月〇〇日					
登 録 票 の 書 換 交 付 (どちらかに○を付してください)		<input checked="" type="radio"/> 氏名を変更した後の新しい保険医・保険薬剤師登録票の交付を申請します。 ※保険医・保険薬剤師登録票の原本を添付してください。 <input type="radio"/> 保険医・保険薬剤師登録票の交付を申請しません。 (理由: )					
従事する保険 医療機関等	名 称	(法人名)	〇〇〇〇〇		交付申請しない場合には理由を記載してください。(例:旧姓使用するため等)		
		(機関名)	東北厚生局病院				
	所在地	〒980-〇〇〇〇 宮城県仙台市青葉区〇〇〇〇〇 TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇					
上記のとおり変更したので届出します。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 【 保険医又は保険薬剤師の氏名および住所】 〒〇〇〇-〇〇〇〇 認印を押印してください。 (住所) 宮城県〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇 (氏名) 厚生 花子 TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 東北厚生局長 殿							

添付書類 ・ 戸籍抄本(変更年月日が確認できるもの)  
 ・ 交付申請する場合は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。)