

保 険 医
保 険 薬 剤 師

の 登 録 票 再 交 付 申 請 書

< 記 載 例 >

保険医又は保険薬剤師の 登録記号及び番号	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
医籍等登録番号	〇〇〇〇〇		号			
(フリガナ)	トウホク タロウ			性別	男・女	
氏 名	東北 太郎					
生 年 月 日	明治・大正 昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日				
従事する保険 医療機関等	名 称	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				
紛失又はき損の理由	引越しの際に紛失したと思われる。				紛失又はき損の理由を、 簡潔に記入してください。	

※ き損の場合は、き損した保険医又は保険薬剤師の登録票を添付すること。

上記のとおり申請します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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 】

(住 所) 〒〇〇〇-〇〇〇〇

宮城県〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇

(氏 名) 東北 太郎

TEL (〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇

認印を押印してください。

印

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(き損の場合のみ提出してください。)