

保 險 医
保 險 薬 剤 師

登 録 抹 消 申 出 書

< 記 載 例 >

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	保 險 医 又 は 保 險 薬 剤 師	(フリガナ)	トウホク タロウ	
						氏 名	東北 太郎	
医籍等登録番号	〇〇〇〇〇			号		生年月日	明治・大正 昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日
登録抹消理由	〇〇〇〇のため			登録を抹消する理由を、 簡潔に記入してください。				
登録抹消予定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日			この申出書の申出日の翌日から1ヶ月以上 経過した日を記入してください。				
上記のとおり申出します。								
平成〇〇年〇〇月〇〇日			提出日を記入してください。					
東北厚生局長 殿			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					
(注) 登録抹消予定年月日は、健康保険法第79条の規定により、保険医・保険薬剤師登録抹消申出書の提出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。 なお、予告期間が終了したときは、10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を返納願います。								

添付書類 ・不要(登録抹消予定年月日から10日以内に保険医または保険薬剤師の登録票(紛失の場合は紛失届)を提出してください。)