

医療機関(薬局)コード

保 險 医 療 機 関
保 險 医 療 機 関
保 險 医 療 機 関

指 定 通 知 書 再 交 付 申 請 書

(フリガナ)

名 称

病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局

所 在 地

〒 -

県

TEL () -

FAX () -

再 交 付 申 請 の 理 由

紛 失 ・ き 損

※ 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。

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

平成 年 月 日

(住所) 〒 -

東北厚生局長 殿

(氏名)

印

TEL () -

FAX () -