

保 險 医
保 險 薬 剤 師

登 録 票 再 交 付 申 請 書

(フリガナ)						性別		男 ・ 女				
氏名												
生年月日		大正・昭和 平成・令和	年		月 日							
保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号		医 歯 薬		号	登録年月日		大正・昭和 平成・令和	年 月 日				
医籍等登録番号												
医 療 機 関 等	名称											
	所在地	〒 —										
紛失又はき損年月日		令和 年 月 日										
紛失又はき損の理由												
個人番号(マイナンバー)												(12桁)
※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。 令和 年 月 日 【保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所】 〒 — 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 () — 東海北陸厚生局長 殿												