

保 險 医 師 死 亡 ・ 失 そ う 届  
 保 險 薬 剂 師

登録の記号及び番号	医 歯 薬 号		
死亡又は失そうの宣告を受けた 保険医（保険薬剤師）氏名		(フリガナ)	
死亡又は失そうの宣告を受けた年月日	死亡・失そう	平成 年 月 日	

上記のとおりお届けいたします。

平成 年 月 日

届出者（本人との続柄）

住所 〒

氏名

(連絡先TEL )

印

東海北陸厚生局長 殿