

⑨ 保険医・保険薬剤師管轄地方厚生(支)局内の管轄事務所等変更届

○ 届書の記載要領

次のことに注意して記載してください

- ・ 標題は、保険医又は保険薬剤師のどちらかを選択してください。
- ・ ①保険医・保険薬剤師欄については、保険医又は保険薬剤師の氏名、生年月日及び性別を記載してください。(氏名は、姓と名の間に1文字空けて記載ください。性別は、男・女のいずれかを選択してください。また、氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
- ・ ③保険医・保険薬剤師欄については、保険医登録票又は保険薬剤師登録票に記載されている記号及び番号並びに登録年月日を記載してください。
- ・ ④欄及び⑥欄については、変更前及び変更後の従事する病院、診療所又は薬局の名称及び所在地を記載してください。(名称は開設許可証等に記載されている名称を記載してください。)
- ・ ⑤欄及び⑦欄については、保険医又は保険薬剤師の変更前及び変更後の住所を記載してください。
- ・ ⑧変更年月日欄は、住所変更等が行われた日付を記載してください。
- ・ ⑨事由欄は、変更が住所変更以外の理由によるとき、その事由を記載してください。
- ・ 保険医・保険薬剤師の氏名を記載するときは、姓と名の間を1文字空けて記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)

(注)提出先は、登録を行っていた(変更前の)各県事務所(愛知県にあっては指導監査課)になります。(変更が生じてから10日以内)

○ 添付書類

- ・ 保険医又は保険薬剤師の登録票

※ 登録票を紛失した場合は紛失届(所定様式あり)を提出してください。