

(表 面)

保 険 医 登 録 申 請 書
保 険 薬 剤 師

※ 登録の記号及び番号						
※ 登録年月日						
① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師	フリガナ 氏 名	明・大 昭・平			年 月 日生	男・女
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登録番号	登録年月日	明・大 昭・平			年 月 日
③ 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局	名 称				担当診療科名	
	所 在 地					
④ 健康保険法第71条第2項第1号か ら第3号のいずれか（登録欠格事由） に該当	有 ・ 無	該当する法律名				
		内 容				
		該 当 年 月 日				
		処 分 権 者 等				

上記のとおり申請します。
平成 年 月 日

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び住所
(住所) 〒

(氏名)

印

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿

(裏 面)

記入上の注意

1 ①、②、③及び④の欄は、該当する文字を○で囲むこと。

ただし、④の欄については、平成 18 年 10 月 1 日前にした行為により罰金又は禁固以上の刑に処せられた場合は、無を○で囲むこと。

2 ③の欄は、健康保険の診療又は調剤に従事する病院若しくは診療所又は薬局が 2 以上あるときは、主として従事するものについて記入し、医師にあっては、その担当診療科名を記入すること。

3 ④の欄に有と○で囲んだ場合は、該当する法律名を記載すること。

また、内容欄に非該当となる年月日を記入すること。

健康保険法第 71 条第 2 項第 2 号の場合の該当法律

- ・ 健康保険法
- ・ 船員保険法
- ・ 医師法
- ・ 歯科医師法
- ・ 保健師助産師看護師法
- ・ 医療法
- ・ 私立学校教職員共済法
- ・ 国家公務員共済組合法
- ・ 国民健康保険法
- ・ 薬事法
- ・ 薬剤師法
- ・ 地方公務員等共済組合法
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（旧 老人保健法）

※の欄には、記入しないこと。

備 考 この用紙は、A 列 4 番とすること。

保 險 医 管轄地方厚生（支）局長変更届
保 險 薬 剤 師

① 保 險 医 保 險 薬 剤 師	氏 名	(フリガナ)			男・女
		明治・大正 昭和・平成 年 月 日生			
② 医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登録番号	第	号	登 録 年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
		医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
③ 保 險 医 保 險 薬 剤 師	登録番号	医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
		医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
④ 変 更 前	病 院 診 療 所 薬 局	名 称		(法人名)	
				(機関名)	
		所 在 地		〒	
⑤ 変 更 前 の 住 所		〒			
⑥ 変 更 後	病 院 診 療 所 薬 局	名 称		(法人名)	
				(機関名)	
		所 在 地		〒	
⑦ 変 更 後 の 住 所		〒			
⑧ 変 更 年 月 日		平成 年 月 日			
⑨ 事 由					

上記のとおり変更したのでお届けします。

平成 年 月 日

保 險 医
氏 名 印
保 險 薬 剤 師
(連絡先 姓)

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿

保 險 医 管轄地方厚生（支）局内の管轄事務所等変更届
保 險 薬 剤 師

① 保 險 医 保 險 薬 剤 師	氏 名	(フリガナ)			男・女
		明治・大正 昭和・平成 年 月 日生			
② 医 籍 歯 科 医 籍 薬 剤 師 名 簿	登録番号	第 号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	
③ 保 險 医 保 險 薬 剤 師	登録番号	医 歯 薬 号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	
変 更 前 ④	病 院 診 療 所 薬 局	名 称	(法人名)		
		名 称	(機関名)		
		所 在 地	〒		
⑤ 変 更 前 の 住 所		〒			
変 更 後 ⑥	病 院 診 療 所 薬 局	名 称	(法人名)		
		名 称	(機関名)		
		所 在 地	〒		
⑦ 変 更 後 の 住 所		〒			
⑧ 変 更 年 月 日		平成 年 月 日			
⑨ 事 由					

上記のとおり変更したのでお届けします。

平成 年 月 日

保 險 医
氏 名
保 險 薬 剤 師
(連絡先 印)

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿

保 險 医 氏 名 変 更 届
保 險 薬 剤 師

登 録 記号番号	医 歯 薬		号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		
保 険 医 保 険 薬 剤 師	氏 名	変 更 前	(フリガナ)	生 年 月 日 及 び 性 別	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		
		変 更 後	(フリガナ)		男 ・ 女		
		診 療 科 名					
		変 更 事 由					
保 険 医 保 険 薬 剤 師	住 所	〒					
従 事 する 保 険 医 療 機 関	名 称	(法人名)					
		(機関名)					
	所 在 地	〒					
変 更 年 月 日	平成 年 月 日						

上記のとおり変更したのでお届けします。

平成 年 月 日

保 険 医
保 険 薬 剤 師 氏 名 印
(連絡先 ☎)

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿

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

保 險 医 師 登 録 抹 消 申 出 書
保 險 薬 剤 師

登 録 の 記 号 及 び 番 号	医 歯 薬	号	保 險 医 保 險 薬 剤 師	氏 名	(フリガナ)
抹 消 申 出 理 由					
抹 消 希 望 年 月 日	平成 年 月 日				

上記のとおり申出いたします。

平成 年 月 日

保 險 医
保 險 薬 剤 師

(住所) 〒

(氏名)

(連絡先 ☎)

印

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿

(注) 登録抹消日から10日以内に保険医又は保険薬剤師の登録票を提出願います。なお、登録抹消日は、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申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要となります。

保 險 医
保 險 薬 剤 師 の登録票再交付申請書

登録記号及び番号	医 歯 薬	号	登 録 年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
医籍等登録番号					
氏 名 (生年月日)	(フリガナ)			性 別	男・女
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生				
勤 務 の 保 険 機 関 等	名 称				
	所在地	〒			
紛失又はき損 年月日	平成 年 月 日				
紛失又はき損 の理由					

上記のとおり登録票の再交付を申請します。

平成 年 月 日

保険医又は保険薬剤師の氏名及び住所

(住 所) 〒

(氏 名)

(連絡先TEL)

印

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿