

保険医
保険薬剤師 登録抹消申出書

登録の 記号及び番号	医 歯 薬 号	保険医 保険薬剤師	氏名	(フリガナ)
抹消申出理由				
抹消希望年月日	令和 年 月 日			

上記のとおり申出いたします。

令和 年 月 日

保険医
保険薬剤師
(住所) 〒

(氏名)

(連絡先TEL)

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。