

保険医・保険薬剤師 死亡・失踪届

氏名		男 女	登録の 記号 番号	医 山 歯 薬
開設又は勤務していた 保険医療機関・保険 薬局の名称・所在地	名称			保険医療機関・保険薬局コード
	所在地	〒 -		, ,
死亡又は失踪宣告の 年月日	平成 年 月 日 死亡・失踪宣告			
備考				
<p>上記のとおり死亡又は失踪宣告を受けたので届出します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">戸籍法による届出義務者の住所 住所 〒 - 氏名、届出義務者と死亡者又は 失踪宣告を受けた者との続柄</p> <p style="text-align: right;">氏名 続柄 電話 () -</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: left;">山口社会保険事務局長 殿</p>				

注意事項 この届出書には保険医・保険薬剤師登録票を添付すること。

未 添 付 届

_____届 に 保険医・保険薬剤師 登 録 票 が
下記の理由により返納できませんのでお届けします。

(理 由)

平成 年 月 日

山口社会保険事務局長 殿

保険医、保険薬剤師または届出人の住所および氏名
(保険医・保険薬剤師)

住 所 〒 -

氏 名

印