

登録の記号番号	
登録年月日	

保 険 医 登 録 申 請 書
保険薬剤師

医 師 ・ 歯 科 医 師 ・ 薬 剤 師	(フリガナ) 氏 名	明・大・昭 年 月 日生			男 ・ 女
医 籍 ・ 歯 科 医 籍 ・ 薬 剤 師 名 簿	登録番号		登録年月日	昭和 平成	年 月 日
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				
申請時前5年間における登録の取消	有 ・ 無	取 消 年 月 日			
		取消地方社会保険事務局長			

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。
平成 年 月 日

山 口 社 会 保 険 事 務 局 長 殿

医師若しくは歯科医師又
は薬剤師の氏名及び住所

㊞

- 記入上の注意
- 1 、 、 及び の欄は、該当の文字を○で囲むこと。
 - 2 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、医師にあたっては、その担当診療科名を記入すること。
 - 3 免許証の写、履歴書を添付すること。
印の欄は、記入しないこと。