様式第二号を次のように改める。

様式第二号（第十二条関係）

（表　　面）

保険医
保険薬剤師　登録申請書

※ 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		大・昭 平・令　年　月　日生	男・女
	氏名	□登録票に旧姓の表記を希望する。 （フリガナ） ［（旧姓）　］		
②医籍・歯科医籍・薬剤師名簿	登録番号		登録年月日	大・昭 平・令　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	〒 （電話番号）　（　）		
④健康保険法第71条第２項第１号から第３号までのいずれか（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		
⑤個人番号（マイナンバー）	個人番号（12桁）			

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

地方厚生（支）局長　　殿

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の住所、氏名及び電話番号

〒

（住所）

（氏名）

電話番号　　（　　）