

様式第三号(第十四条関係)

保 険 医 登 録 票

登録の記号及び番号		登録年月日		
医師・歯 科 医師	氏 名		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日生 男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和 年 月 日

地方厚生(支)局長



備 考 この用紙は、B列7番とすること。