

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<br>科 医 師 | 氏 名 | 明・大・昭・平・令<br>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。