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　年　月　日生	男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

平成　年　月　日

地方厚生（支）局長　印

備考　この用紙は、B列７番とすること。