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　　印

備　考　この用紙は、B列7番とすること。