

受領委任の取扱いを希望する療養費の種類に☑してください。

別添1(様式第2号)

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

2カ所以上の施術所において施術管理者として申出をしている場合は☑し、勤務形態確認票(様式2号の3)を添付してください。

同一の施術所に2名以上の施術管理者を配置する場合は☑してください。

書類の提出日または書類を記載した日付を記入してください。

その他以外に☑した場合には必ず記載してください。(団体の施術者登録番号が不明の場合は各所属団体にお問い合わせください。)

受領委任の取扱規定を確認の上、該当の有無に☑してください。

受領委任の取扱い開始日が土曜、日曜又は休日になる場合は、事前に申し出書を提出し、備考欄に「〇月〇日開始希望」と記入してください。

療養費の種類		はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
施術管理者 第1 (他の施術所の 施術管理者) <input type="checkbox"/>	ふりがな	ほ っ か い た ろ う	生年月日	目が見えない者
	氏 名	北 海 太 郎	(昭和) 〇年 〇月 〇日生	<input type="checkbox"/>
	免 許	はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
	交付者名	厚生労働大臣	厚生労働大臣	
	番 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号
	年 月 日	(平成) 〇年 〇月 〇日	(平成) 〇年 〇月 〇日	() 年 月 日
	中 止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
勤務時間	午前 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日)			
所属団体	<input type="checkbox"/> 公益社団法人日本鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人日本盲人会連合、ふりがな <input type="checkbox"/> その他()		施術者登録番号(左記4団体会員) 電話番号 123-456-7890 ※ウェブページへの掲載(☑・否)	
施術所 (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな	ほっかいどうしんきゅういん		
	名 称	北海道鍼灸院		
	所 在 地	〒123-4567 北海道〇〇市〇〇町1-1-1		受領委任の取扱規程11(1)～(14)の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
標榜時間	午前 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日)			
開設者 個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな	かぶしがいいしゃほっかいこうせい だいひょうとりしまりやく ほっかい はなこ		
	氏 名	株式会社北海厚生 代表取締役 北海 花子		生年月日 (昭和) 〇年 〇月 〇日生
	住 所	〒987-6543 北海道〇〇市〇〇町7-8-9		電話番号 987-654-3210
(備考) ※施術管理者の方が目が不自由等の理由により、代理の方が記入する場合は、代理記入の理由及び代理記入者の氏名を記載してください。 ※施術所情報のウェブページへの掲載(☑・否)(否の場合の理由:)				

令和 〇年 〇月 〇日

北海道厚生局長 殿
北海道知事 殿

(この申出は、北海道厚生局へ提出してください。)

氏名 北海 太郎
〒 000-0000 TEL. 000-0000-0000
住所 北海道〇〇市〇〇町1-2-3
※施術管理者個人の自宅住所・連絡先を記入してください。