

(様式第2号の2)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出（同意書）

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添2）の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15並びに第8章の適用を受けることについて同意します。

施 術 所 に 勤 務 す る 他 の 柔 道 整 復 師	第2 ふりがな							
	氏名	明・大・昭・平 年 月 日 生						
	免許番号	(取得年月日) 昭・平・令 年 月 日						
	申し出前5年間における受領委任の取扱い中止		有・無	中止年月日				
			当該地方厚生(支)局長等					
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分 (月.火.水.木.金.土.日)	午後 時 分～ 時 分 (月.火.水.木.金.土.日)					
	ふりがな							
	第3 氏名	明・大・昭・平 年 月 日 生						
	免許番号	(取得年月日) 昭・平・令 年 月 日						
	申し出前5年間における受領委任の取扱い中止		有・無	中止年月日				
		当該地方厚生(支)局長等						
勤務時間	午前 時 分～ 時 分 (月.火.水.木.金.土.日)	午後 時 分～ 時 分 (月.火.水.木.金.土.日)						
ふりがな								
第4 氏名	明・大・昭・平 年 月 日 生							
免許番号	(取得年月日) 昭・平・令 年 月 日							
申し出前5年間における受領委任の取扱い中止		有・無	中止年月日					
		当該地方厚生(支)局長等						
勤務時間	午前 時 分～ 時 分 (月.火.水.木.金.土.日)	午後 時 分～ 時 分 (月.火.水.木.金.土.日)						

(注) 施術所に勤務する他の柔道整復師は、署名すること。

(この申し出は、地方厚生(支)局（地方厚生（支）局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所）へ提出してください。)