

(様式第 2 号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出 (施術所の申し出)

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第 1	ふりがな			生年月日	明治・大正	年	月	日生
		氏名				昭和・平成			
		免許番号			免許取得年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
施 術 所	ふりがな								
	名 称								
			電話番号 ()	-	ファクシミリ番号 ()	-			
	所 在 地		〒 -						
	開設者	ふりがな			住 所	〒 -			
氏名									
生年月日		明・大・昭・平	年	月		日生			
届け出前 5 年間に於ける 受領委任の取扱いの中止		有 ・ 無		中止年月日		平成 年 月 日			
				当該地方厚生(支)局長等					
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考 5 に基づく施術所の届出					定額料金の徴収を (行 う ・ 行 わ ない)				
注 1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第 2 号の 2 で申し出てください。 注 2 申し出にあたっては、施術所の申し出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付してください。 注 3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入してください。 注 4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入し、住所欄の記入は必要ありません。									
(備 考)									

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。

平成 年 月 日

東北厚生局長 殿

県知事 殿

柔道整復師 氏名

住所 〒 -

印

電話番号 () -

(この届け出は、地方厚生局の各県事務所 (宮城県にあっては指導監査課) へ提出してください。)