

療養費の受領委任の取扱いに係る申出 (施術所の申出)

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 checked="" 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	こうせい たろう	生年月日	目が見えない者
	氏名	厚生太郎	(昭和) 〇〇年〇〇月〇〇日生	<input type="checkbox"/>
	免許 交付者名	はり <input checked="" type="checkbox"/> 知事	きゅう <input checked="" type="checkbox"/> 知事	あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣
	番号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号
	年月日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(平成) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	中止	() 年 月 日 〇〇厚生(支)局	() 年 月 日 〇〇厚生(支)局	() 年 月 日 〇〇厚生(支)局
勤務時間	午前 10時00分～12時00分 (月、火、水、木、金、土、日) 午後 5時00分～8時00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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 ()、ふりがな ()		施術者登録番号 (左記4団体会員) 〇〇〇〇〇〇	
施術所 複数施術管理者 <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな 名称	こうせいしんきゅういん 厚生鍼灸院		電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇〇町〇-〇-〇		受領委任の取扱規程11(1)～(12) の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
	標榜時間	午前 10時00分～12時00分 (月、火、水、木、金、土、日) 休日 () 午後 5時00分～8時00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	かぶしきがいしゃ こうせい だいひょうとりしまりやく こうせい いちろう		生年月日
	氏名	株式会社 厚生 代表取締役 厚生 一郎		(昭和) 〇〇年〇〇月〇〇日生
(備考) 上記のとおり、療養費の受領委任の取扱いについて申出します。	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇〇町〇-〇-〇		電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	施術管理者の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。			

他の施術所においても施術管理者として申し出ている場合はチェックし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付してください。

施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合はチェックしてください。

専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者(出張専門施術者)として保健所に届け出ている場合はチェックしてください。

平成 30 年 〇 月 〇 日

厚生局長 殿

〇〇 知事 殿

所在する県名を記載してください。

この申出は、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。

氏名 厚生太郎 印
 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL.〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 住所 施術管理者の自宅住所を記入