

(様式第1号)

確 約 書

柔道整復師の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを届け出るに当たり、協定書（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添1の別紙）を遵守することを確約します。

令和 年 月 日

中国四国厚生局長

鳥 取 県 知 事 殿

公益社団法人鳥取県柔道整復師会長

柔道整復師氏名

住 所 〒 —

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名

〒 — TEL. —

住 所

(注) 確約書の管理は、公益社団法人鳥取県柔道整復師会長が行うものとする。

(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届け出 (施術所の届け出)

| | | | | | |
|--|-----------|----------------------|-----------------------|--|--|
| 柔道整復師 (受領委任の 施術管理者) | 第1 | ふりがな | | | |
| | | 氏名 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | |
| | | 免許番号 | (取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 | | |
| 施術所 | ふりがな | | | | |
| | 名称 | (電話番号: ()) | | | |
| | 所在地 | 〒 - | | | |
| | ふりがな | 〒 - | | | |
| | 開設者氏名及び住所 | 氏名 | 住所 | | |
| 届け出前5年間における受領委任の取扱いの中止 | 有・無 | 中止年月日 | | | |
| | | 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で届け出ること。 2 届け出に当たっては、施術所の届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すること。 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すること。 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」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。 | | | | | |
| (備考) <p style="text-align: right;">(柔道整復師(施術管理者)が都道府県柔道整復師会に入会した年月日を記入すること。)</p> | | | | | |

上記のとおり、届け出します。
令和 年 月 日

中国四国厚生局長
鳥取県知事

殿 柔道整復師氏名
住所 〒 - TEL. - -

(この届け出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあつては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(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届け出 (同意書)

施術所において勤務する他の柔道整復師として、協定書(平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添1の別紙)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・令 年 月 日生 | | | | |
| | | 免許番号 | 第 | 号 | (取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 | | |
| | | 届け出前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 |
| | 午後 | | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 (月.火.水.木.金.土.日) |
| | 第3 | ふりがな | | | | | |
| | | 氏名 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | | | |
| | | 免許番号 | 第 | 号 | (取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 | | |
| | | 届け出前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) | |
| 第4 | ふりがな | | | | | | |
| | 氏名 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 | | | | | |
| | 免許番号 | 第 | 号 | (取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | 届け出前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。

(この届け出は、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。)

(様式第2号の3)

誓約書

私（受領委任の施術管理者及び開設者）は、下記1及び2のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。
この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。
また、当方の個人情報を警察に提供することについて同意します。

記

1 受領委任を取扱う者として不適当な者

- (1) 施術管理者又は開設者が、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)又は暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)である者
- (2) 施術管理者又は開設者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者
- (3) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している者
- (4) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者
- (5) 施術管理者又は開設者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

2 受領委任を取扱う者として不適当な行為をする者

- (6) 施術管理者又は開設者が、暴力的な要求行為を行う者
- (7) 施術管理者又は開設者が、法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者
- (8) 施術管理者又は開設者が、受領委任の取扱いに関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者
- (9) 施術管理者又は開設者が、偽計又は威力を用いて受領委任の取扱いの業務を妨害する行為を行う者
- (10) 施術管理者又は開設者が、その他(6)から(9)の各号に準ずる行為を行う者

令和 年 月 日

(フリガナ)

受領委任の施術管理者氏名

明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別： 男・女

住所 〒

TEL： — —

(フリガナ)

開設者氏名

明・大・昭・平・令 年 月 日生 性別： 男・女

住所 〒

TEL： — —

注 開設者氏名は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入すること。

(この届け出は、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)局都道府県事務所)へ提出してください。)

(様式第 4 号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届出事項の変更等

| | | | | |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|
| 柔道整復師 (受領委任の 施術管理者) | 登録記号番号 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 施 術 所 名 | (電話番号： ()) | | |
| | 開 設 者 氏 名 | | | |
| 区 分 | 1 | 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・中止) |
| | 2 | 変 更 内 容 | (変更年月日： 令和 年 月 日) | |
| | そ の 他 | 理 由 等 | | |

上記のとおり届出事項の変更を届け出します。

令和 年 月 日

中国 四 国 厚 生 局 長

鳥 取 県 知 事

殿

柔道整復師名

〒 - TEL. - -

住 所

(この届け出は、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)へ提出して下さい。)

(補足) 当該柔道整復師(開設者又は管理者)が死亡した場合は、住民票等の確認できる書類の添付を必要とすること。

(注) 当該柔道整復師(受領委任の施術管理者)が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、届出人の氏名及び住所並びに当該柔道整復師との関係を記入すること。

また、施術所において勤務する他の柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

(開設者と施術管理者が違う場合は、提出して下さい。)

施術管理者選任証明

施術所の「施術管理者」として、下記の柔道整復師を選任したことを証明する。

記

| | |
|---------------|--|
| 施 術 所 名 称 | |
| 施 術 所 所 在 地 | |
| 施 術 管 理 者 氏 名 | |
| 施 術 管 理 者 住 所 | |

中 国 四 国 厚 生 局 長

鳥 取 県 知 事 殿

公益社団法人鳥取県柔道整復師会長

令和 年 月 日

〒 — TEL. — —

開設者住所

開設者氏名

実務経験期間証明書

次の者は当施設において、柔道整復の施術に従事したことを証明します。

| | |
|------|---|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 ・ 令和 |
| 従事期間 | 昭和 年 月 日 ~ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ・ 令和 |
| | 年 ヲ月 |

令和 年 月 日

施設名

登録記号番号

所在地

TEL. - -

管理者職名
及び氏名

- (注) 1. 柔道整復師としての実務経験期間を記載すること。
2. 虚偽の証明を行ったときは、受領委任の取扱いの中止又は中止相当となります。
3. 施術管理者が証明する場合は、登録記号番号を記載すること。