

(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11及び14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				印	明・大・昭・平	年	月	日生
		免許番号	(取得年月日) 大・昭・平 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				印	明・大・昭・平	年	月	日生
		免許番号	(取得年月日) 大・昭・平 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				印	明・大・昭・平	年	月	日生	
	免許番号	(取得年月日) 大・昭・平 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、署名押印をすること。

(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。)