

(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)										
	第3	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)										
	第4	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)											

(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。)