

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

施術所に勤務する他の施術者として、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知別添1、その後の変更及び改訂を含む。)の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15、第5章28、第8章並びに第9章45その他の同規程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施術者	第2	ふりがな			生年月日	目が見えない者		
		氏名			() 年 月 日生			
		免許	はり		きゅう	あん摩マッサージ指圧		
		交付者名						
		番号	第	号	第	号	第	号
		年月日	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日
	中止	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日	
		厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局		
	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			生年月日	目が見えない者		
		氏名			() 年 月 日生			
		免許	はり		きゅう	あん摩マッサージ指圧		
		交付者名						
		番号	第	号	第	号	第	号
		年月日	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日
	中止	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日	
		厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局		
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			生年月日	目が見えない者			
	氏名			() 年 月 日生				
	免許	はり		きゅう	あん摩マッサージ指圧			
	交付者名							
	番号	第	号	第	号	第	号	
	年月日	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日	
中止	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日		
	厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局			
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)							

(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。)

【様式第2号の2の注意事項】

(様式第2号の2)

1 施術所に勤務する他の施術者は、署名をすること。

2 施術所に勤務する他の施術者の免許証の写しを添付すること。

ただし、様式第4号による申出事項の変更で勤務する他の施術者を追加する場合は、当該施術者の免許証の写しを添付すること。

3 施術者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。

施術者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。