

施術管理者ごとに各1枚提出してください。
(複数管理者の場合は1人につき1枚必要です。)

別添1 (様式第1号)

はり、きゅう及びあん摩マッサージ
指圧のうち取扱いを希望する療養
費の種類を記載してください。

確 約 書

はり、きゅう の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出るに当たり、
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
の変更及び改訂等を含む。) を遵守することを確約します。

書類の提出日または書類に記載し
た日付を記入してください。

令和 ○年 ○月 ○日

北 海 道 厚 生 局 長

殿

北 海 道 知 事

申出をする施術管理者の
氏名と自宅の住所を記載
してください。

氏 名 北海 太郎

住 所 〒 000-0000
北海道○○市○○町1-2-3

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名 北海道鍼灸院

〒 123-4567

TEL. 123-456-7890

住 所 北海道○○市○○町1-1-1

{ この確約書は、北海道厚生局へ提出してください。 }

開設者が個人の場合

別添1（様式第1号の2）

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち取扱いを希望する療養費の種類を記載してください。

施術管理者選任等証明

施術管理者の氏名を記載してください。

令和○年○月○日に、はり、きゅう の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た 北海 太郎 については、施術所の開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

また、開設者が、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等を含む。）に基づく受領委任の契約の当事者として第1章4、第2章8及び9、第3章21、第5章28並びに第8章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担することを確認しました。

令和○年○月○日

書類の提出日または書類に記載した日付を記入してください。

北海道厚生局長
殿
北海道知事

開設者の氏名と自宅住所を記載してください

開設者 北海 花子
住所 〒987-6543
北海道〇〇市〇〇町4-5-6

（受領委任の取扱いを行う施術所）

施術所名 北海道鍼灸院

〒123-4567

TEL. 123-456-7890

住所 北海道〇〇市〇〇町1-1-1

この書類は、開設者（個人）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

開設者が法人の場合

別添1（様式第1号の3）

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち取扱いを希望する療養費の種類を記載してください。

施術管理者選任等証明

施術管理者の氏名を記載してください。

令和○年○月○日に、はり、きゅうの施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た 北海 太郎 は、開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

また、開設者が、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等を含む。）に基づく受領委任の契約の当事者として第1章4、第2章8及び9、第3章21、第5章28並びに第8章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担し、令和○年○月○日に申出された施術所が、同規程に基づく受領委任の契約の当事者として第2章8及び9その他の本規程に定める施術所としての義務及び責任を負担することを確認しました。

令和○年○月○日

北海道厚生局長

殿

北海道知事

書類の提出日または書類を記載した日付を記入してください。

開設者（法人等名・代表者の役職・氏名）

株式会社北海厚生 代表取締役 北海 花子

法人等の所在地 〒987-6543

北海道〇〇市〇〇町7-8-9

（受領委任の取扱いを行う施術所）

施術所名 北海道鍼灸院

〒123-4567

TEL. 123-456-7890

住 所 北海道〇〇市〇〇町1-1-1

この書類は、開設者（法人等）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者（法人等の代表者）が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

受領委任の取扱いを希望する療養費の種類に☑してください。

別添1(様式第2号)

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

2カ所以上の施術所において施術管理者として申出をしている場合は☑し、勤務形態確認票(様式2号の3)を添付してください。

同一の施術所に2名以上の施術管理者を配置する場合は☑してください。

書類の提出日または書類を記載した日付を記入してください。

その他以外に☑した場合には必ず記載してください。(団体の施術者登録番号が不明の場合は各所属団体にお問い合わせください。)

受領委任の取扱規定を確認の上、該当の有無に☑してください。

受領委任の取扱い開始日が土曜、日曜又は休日になる場合は、事前に申し出書を提出し、備考欄に「〇月〇日開始希望」と記入してください。

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 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	ほ っ か い た ろ う	生年月日	目が見えない者
	氏 名	北 海 太 郎	(昭和) 〇年 〇月 〇日生	<input type="checkbox"/>
	免 許	はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
	交付者名	厚生労働大臣	厚生労働大臣	
	番 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号
	年 月 日	(平成) 〇年 〇月 〇日	(平成) 〇年 〇月 〇日	() 年 月 日
	中 止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
勤務時間	午前 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 〇時 〇分～ 〇時 〇分(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 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、ふりがな <input type="checkbox"/> その他()		施術者登録番号(左記4団体会員) 〇〇厚生(支)局	
施術所 (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな	ほっかいどうしんきゅういん		電話番号
	名 称	北海道鍼灸院		123-456-7890 ※ウェブページへの掲載(☑・否)
	所 在 地	〒123-4567 北海道〇〇市〇〇町1-1-1		受領委任の取扱規程11(1)～(14)の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
標榜時間	午前 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 〇時 〇分～ 〇時 〇分(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	かぶしがいしやほっかいこうせい だいひょうとりしまりやく ほっかい はなこ		生年月日
	氏 名	株式会社北海厚生 代表取締役 北海 花子		(昭和) 〇年 〇月 〇日生
	住 所	〒987-6543 北海道〇〇市〇〇町7-8-9		電話番号 987-654-3210
(備考) ※施術管理者の方が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。 ※施術所情報のウェブページへの掲載(☑・否)(否の場合の理由:)				

令和 〇年 〇月 〇日

北海道厚生局長 殿

北海道知事 殿

(この申出は、北海道厚生局へ提出してください。)

氏名 北海 太郎

〒 000-0000

住所 北海道〇〇市〇〇町1-2-3

※施術管理者個人の自宅住所・連絡先を記入してください。

TEL. 000-0000-0000

※出張専門

受領委任の取扱いを希望する療養費の種類に☑してください。

別添1(様式第2号)

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 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	ほ っ か い た ろ う	生年月日	目が見えない者
	氏 名	北 海 太 郎	(昭和) 〇年 〇月 〇日生	<input type="checkbox"/>
	免 許	はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
	交付者名	厚生労働大臣	厚生労働大臣	
	番 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号
	年 月 日	(平成) 〇年 〇月 〇日	(平成) 〇年 〇月 〇日	() 年 月 日
	中 止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
勤務時間	午前 〇時 〇分～ 〇時 〇分(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 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)
施術所 名称	ふりがな	同上		電話番号
	所在地	〒123-4567 北海道〇〇市〇〇町1-2-3		000-0000-0000 ※ウェブページへの掲載(☑・否)
	標榜時間	午前 〇時 〇分～ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日)		受領委任の取扱規程11(1)～(14) の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
開設者 個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/>	ふりがな			生年月日
	氏 名	出張専門の場合は「開設者」欄の各項目の記載は不要です		() 年 月 日生
	住 所			電話番号
(備考) ※施術管理者の方が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。 ※施術所情報のウェブページへの掲載(☑・否)(否の場合の理由:)				

2カ所以上の施術所において施術管理者として申出をしている場合は☑し、勤務形態確認票(様式2号の3)を添付してください。

出張専門の場合、施術所の名称は施術管理者の氏名となります。(同上と記載)所在地は住民票の住所を記入してください。

ここに☑してください。住民票の添付が必要となります。

書類の提出日または書類を記載した日付を記入してください。

受領委任の取扱い開始日が土曜、日曜又は休日になる場合は、**事前に**申し出書を提出し、備考欄に「〇月〇日開始希望」と記入してください。

その他以外に☑した場合には必ず記載してください。(団体の施術者登録番号が不明の場合は各所属団体にお問い合わせください。)

受領委任の取扱規定を確認の上、該当の有無に☑してください。

北海道厚生局のウェブページにて、施術所情報を掲載しておりますが、DVやストーカー行為等の理由により、施術所情報の掲載に支障がある場合は、「否」に○をつけ、その理由を記入してください。

氏名 北海 太郎
〒 000-0000 TEL. 000-0000-0000
住所 北海道〇〇市〇〇町1-2-3
※施術管理者個人の自宅住所・連絡先を記入してください。

(この申出は、北海道厚生局へ提出してください。)

令和 〇年 〇月 〇日
北海道厚生局長 殿
北海道知事 殿

この様式は、施術所に施術管理者以外に勤務する施術者がいる場合に提出してください。

勤務する施術者の資格に☑してください。
☑した資格について必要事項を記入してください。

別添1(様式第2号の2)

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	ほっかい じろう	生年月日	目が見えない者
		氏名	北海 次郎	(平成) ○年 ○月 ○日生	<input type="checkbox"/>
		免許	はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
		交付者名	厚生労働大臣	厚生労働大臣	
		番号	第 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 号	第 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 号	第 ○ ○ ○ ○ ○ ○ 号
		年月日	(令和) ○年 ○月 ○日	(令和) ○年 ○月 ○日	() 年 月 日
		中止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
		勤務時間	午前 ○時 ○分～ ○時 ○分(月、火、水、木、金、土、日)	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局
			午後 ○時 ○分～ ○時 ○分(月、火、水、木、金、土、日)		
		第 3	ふりがな		生年月日
氏名			() 年 月 日生	<input type="checkbox"/>	
免許	はり <input type="checkbox"/>		きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>	
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	
勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	
	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	<input type="checkbox"/>	
	免許	はり <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>	
	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	
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	
		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。)

勤務形態確認票

施術管理者氏名	北海 太郎	自宅住所	北海道〇〇市〇〇町1-2-3		
施術所名称	厚生鍼灸院	北海道鍼灸院			
施術所所在地	北海道〇〇市△△町9-8-7	北海道〇〇市〇〇町1-1-1			
管理・勤務の区分	管理・勤務	管理・勤務	管理・勤務		
勤務時間	曜日 (火木)	曜日 (月水金)	曜日 ()		
	AM 10:00~12:00	AM 10:00~12:00	AM : ~ :		
	PM : ~ :	PM 13:00~17:00	PM : ~ :		
勤務時間	曜日 ()	曜日 (火木)	曜日 ()		
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :		
	PM : ~ :	PM 13:00~18:00	PM : ~ :		
勤務時間	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()		
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :		
	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :		
休業日	日・月・火・水・木・金・土	日・月・火・水・木・金・土	日・月・火・水・木・金・土		
	祝日・振替休日	祝日・振替休日	祝日・振替休日		
	その他 ()	その他 ()	その他 ()		
同一日に複数の施術所に勤務する必要がある場合の移動手段	①	当初勤務する施術所の所在地	北海道〇〇市△△町9-8-7		
		移動先施術所の所在地	北海道〇〇市〇〇町1-1-1		
		施術所間の距離	(5)km(概算)		
	移動手段	区間	距離(概算)	所要時間	
	電車・バス・車・徒歩・その他()	(厚生鍼灸院)から(北海道鍼灸院)	(5)km	(15)分	
	電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分	
	電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分	
	②	当初勤務する施術所の所在地			
		移動先施術所の所在地			
		施術所間の距離	()km(概算)		
		移動手段	区間	距離(概算)	所要時間
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
	③	当初勤務する施術所の所在地			
		移動先施術所の所在地			
施術所間の距離		()km(概算)			
移動手段		区間	距離(概算)	所要時間	
電車・バス・車・徒歩・その他()		()から()	()km	()分	
電車・バス・車・徒歩・その他()		()から()	()km	()分	
備考	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> ① 施術管理者が他の施術所でも施術管理者をしている場合 ② 出張専門の施術者が他の施術所で勤務又は管理者をしている場合 上記の場合はこの確認票の提出が必要です。 </div>				

※ 同一日に複数の施術所に勤務する場合は、それぞれの施術所間の移動手段、所要時間等を記載すること。

(別紙1)

この様式は、実務経験期間を証明する当該施術所の施術管理者または開設者が記載してください。

実務経験期間証明書

証明を受ける施術者の氏名・生年月日を記入してください。

次の者は当施術所において、次の施術の実務に従事したことを証明します。

※2に記載した期間において同じ施術所に勤務していた施術者を記入してください。

※3の施術者が当該施術所で実務に従事した期間を記入してください。

証明書を記載した日付を記入してください。

※1の施術者が当該施術所で実務に従事した期間を記入してください。

※3の施術者が実務に従事した期間(当該施術所以外での期間を含む)を記入してください。

氏名	※1 北海 太郎	
生年月日	(昭和) 〇年 〇月 〇日	
従事期間	※2 (平成) 28年4月1日～(令和) 2年5月31日 4年 2か月	
はり師 他の 施術者	氏名	実務に従事した期間(1年以上) ※当施術所での期間に限らない。
	※3 厚生 一郎	20年7か月
	当施術所で実務に従事した期間	
従事期間	(平成) 25年4月1日～(令和) 3年3月31日 8年 か月	
きゅう師 他の 施術者	氏名	実務に従事した期間(1年以上) ※当施術所での期間に限らない。
	きゅう師 厚生 一郎	20年7か月
	当施術所で実務に従事した期間	
従事期間	(平成) 25年4月1日～(令和) 3年3月31日 8年 か月	
あん摩 マッサージ 指圧師 他の 施術者	氏名	実務に従事した期間(1年以上) ※当施術所での期間に限らない。
	あん摩マッサージ指圧師	年 か月
	当施術所で実務に従事した期間	
従事期間	() 年 月 日～() 年 月 日 年 か月	

令和〇年〇月〇日

施術所名 北海道厚生鍼灸院

【受領委任の取扱い 無: 有: (登録記号番号: 00000000-0-0)】

所在地 北海道〇〇市〇〇町2-2-2

電話番号 000-1234-9876

職名 施術管理者

氏名 厚生 一郎

当該施術所の受領委任の取扱いの有無に☑をしてください。

「有」の場合:登録記号番号を記入してください。

「無」の場合:保健所に届け出た施術所開設(変更)届の副本の写し(証明を受ける施術者及び他の施術者の氏名並びに取り扱う施術の種類ので分かるもの)を添付してください。

上記の期間を証明する施術所の開設者又は施術管理者を記入してください。

(注)

- はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師としての従事期間をそれぞれ記載する。
- 「他の施術者」欄は、証明を受ける施術者に対して施術に関する指導を主に行った施術者を記載する。なお、他の施術者が、退職等で途中交代した場合など複数いる場合は、該当する施術者をすべて記載する。
- 証明を受ける施術者及び他の施術者は、業務に従事する施術者として保健所に届出されている必要がある。
- 施術所が受領委任を取り扱わない場合は「無: 」にチェックする。また、取り扱う場合は「有: 」にチェックをしたうえで、施術所の施術管理者(複数名の場合はすべて)の登録記号番号を記載する。
- 「職名」は、施術管理者の場合は「施術管理者」、個人開設者の場合は「開設者」と記載し、法人開設者の場合は代表者の役職を記載する。
- 施術所が受領委任を取り扱わない場合、保健所に届け出た施術所開設(変更)届の副本の写し(証明を受ける施術者及び他の施術者の氏名並びに取り扱う施術の種類ので分かるもの)を添付する。