

※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 交付者名	はり <input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣	きゅう <input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
	番号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 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	〇〇厚生(支)局		
	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 <input type="checkbox"/> その他()、ふりがな		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
施術所 (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな	同上		電話番号
名称	〒123-4567		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※ウェブページへの掲載(☑・否)	
所在地	北海道〇〇市〇〇町1-2-3		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