

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	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	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	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	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。)