

(様式第2号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出（施術所の申し出）

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------|---------|-----------|
| 柔道整復師 (受領委任の 施術管理者) | 第1 | ふりがな | ほっかい たろう | | |
| | | 氏名 | 北海 太郎 | 大・昭・平・令 | ○年 ○月 ○日生 |
| 施 術 所 | 免 許 | 番号 ○○○○○ | (取得年月日) 大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日 | | |
| | ふりがな | ほっかいどうせつこついん | | | |
| | 名 称 | 北海道接骨院 (電話番号: ○○○-○○○-○○○○) | | | |
| | 所 在 地 | 〒123-4567 北海道○○市○○町1-1-1 | | | |
| | ふりがな | かぶしがいいしゃ 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 | 〒987-6543 | | |
| 開設者氏名及 び住所 | 氏名 株式会社 北海厚生 代表取締役 北海 花子 大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日生 | 住所 北海道○○市○○町7-8-9 | | | |
| 申し出前5年間における受領委任 の取扱いの中止 | 有・ 無 | 中止年月日 | | | |
| | | 当該地方厚生(支)局長等 | | | |
| 柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出 | | 定額料金の徴収を(行う・ 行わない) | | | |
| 注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で申し出ること。 注2 申し出に当たっては、施術所の申し出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。 注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。 注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。 | | | | | |
| (備考) | | | | | |
| 標榜時間 月火水木金 9:00~17:00 土 9:00~12:00 休日 日祝 | | | | | |

施術所の標榜時間、休日について記入してください。

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。

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「○月○日開始希望」と記入してください。

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。
令和○年○月○日

北海道厚生局長

北海道知事

殿 柔道整復師氏名

住 所

北海 太郎
〒000-0000 TEL. 000-0000-0000
北海道○○市○○町1-2-3

(この申し出は、北海道厚生局へ提出してください。)