

(様式第2号の2)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出（同意書）

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添2）の第3章に定める事項を遵守し、第2章11及び14並びに第8章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柔道整復師	第2	ふりがな											
		氏名			印	明・大・昭・平	年	月	日生				
		免許番号						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日	
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止	有・無	中止年月日									
				当該地方厚生(支)局長等									
		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										
			氏名			印	明・大・昭・平	年	月	日生			
			免許番号						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日
			申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止	有・無	中止年月日								
					当該地方厚生(支)局長等								
		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											
		氏名			印	明・大・昭・平	年	月	日生				
		免許番号						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日	
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止	有・無	中止年月日									
				当該地方厚生(支)局長等									
		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)				

(注) 施術所に勤務する他の柔道整復師は、署名押印をすること。

(この申し出は、北海道厚生局へ提出してください。)