

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 checked="" 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	かんとう たろう	生年月日	目が見えない者
	氏名	関東 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 checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣
	番号	第 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 号
	年月日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	中止	() 年 月 日 厚生(支)局	() 年 月 日 厚生(支)局	() 年 月 日 厚生(支)局
施術所 (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	勤務時間	午前 9 時 00 分 ~ 12 時 00 分 (月、火、水、木、金、土、日) 午後 1 時 00 分 ~ 6 時 00 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		
	ふりがな	かんとうしんえつはりきゅうまっさーじいん		
開設者 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/> (備考)	名称	関東信越はりきゅうマッサージ院		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇		
	標榜時間	午前 9 時 00 分 ~ 12 時 00 分 (月、火、水、木、金、土、日) 休日(土、日、祝) 午後 1 時 00 分 ~ 6 時 00 分 (月、火、水、木、金、土、日)		
個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/>	ふりがな	かんとう たろう		
	氏名	関東 太郎		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇 〇-〇-〇		
(備考)		※施術所情報ウェブサイトへの掲載(可・否)(否の場合の理由: 上記のとおり、療養費の受領委任の取扱いについて申出します。		

1人の施術管理者が、2箇所以上の施術所を管理している場合はチェックしてください。(その場合、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付してください。)

1つの施術所に、はり・きゅう・あん摩の種類別に、複数の施術管理者を配置する場合は、チェックしてください。

保健所へ、専ら出張のみによってその業務に従事する施術者として届け出ている場合は、チェックしてください。

※ 施術管理者が目が不自由な方である等の理由により、代理の方が記入される場合は、代理記入の理由及び記入者の氏名をご記入ください。

ホームページに掲載されますので、業務に使用する電話番号をご記載ください。

※ 施術管理者の情報をホームページに掲載することに支障がある場合(例:DVやストーカー行為等)は、電話番号欄及び備考欄の「ウェブサイトへの掲載」の否に〇をつけ、備考欄に否の理由をご記載ください。

施術管理者のご自宅住所をご記載ください。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

関東信越厚生局長 殿
東京都 知事 殿

(この申出は、関東信越厚生局都県事務所(埼玉県にあつては指導監査課)へ提出してください。)

氏名 関東 太郎
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
住所 埼玉県さいたま市〇〇区〇〇 〇-〇-〇

印

TEL. 048 - 000 - 0000