

(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	大・昭・平・令	年	月	日生		
		免許番号						(取得年月日)	大・昭・平・令	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	大・昭・平・令	年	月	日生		
		免許番号						(取得年月日)	大・昭・平・令	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	大・昭・平・令	年	月	日生		
	免許番号						(取得年月日)	大・昭・平・令	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。

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