

## 委 任 状

私は、 年 月分の柔道整復師の施術に係  
る療養費について、個人番号を利用して申請するこ  
ととし、その限りにおいて、(施術管理者氏名) (及  
び〇〇県柔道整復師会会長等の氏名<sup>※1</sup>) に対して、  
個人番号の取扱いを委任します。

平成 年 月 日

住 所

被保険者氏名<sup>※2</sup>

---

※1 公益社団法人都道府県柔道整復師会会長、施術管理者が所属する施術団体の長等、施  
術管理者以外の者を經由する場合は、經由する全ての者の名称を記載すること。

※2 被保険者氏名欄は、被保険者の署名又は記名押印が必要。

---