

## 療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

施術所に勤務する他の施術者として、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知別添1、その後の変更及び改訂を含む。)の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15、第5章28、第8章並びに第9章45その他の同規程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施術者	第2	ふりがな	生年月日		目が見えない者	
		氏名	( ) 年 月 日生		□	
		免許	はり □	きゅう □	あん摩マッサージ指圧 □	
		交付者名 番号	第 号	第 号	第 号	
		年月日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	
		中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	
	第3	勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		厚生(支)局	
			午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		厚生(支)局	
		ふりがな	生年月日		目が見えない者	
		氏名	( ) 年 月 日生		□	
		免許	はり □	きゅう □	あん摩マッサージ指圧 □	
		交付者名 番号	第 号	第 号	第 号	
第4	年月日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日		
	中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日		
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		厚生(支)局		
		午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		厚生(支)局		
	ふりがな	生年月日		目が見えない者		
	氏名	( ) 年 月 日生		□		
第4	免許	はり □	きゅう □	あん摩マッサージ指圧 □		
	交付者名 番号	第 号	第 号	第 号		
	年月日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日		
	中止	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日	( ) 年 月 日		
	勤務時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		厚生(支)局		
		午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		厚生(支)局		

(この申出は、各県事務所(福岡県にあつては指導監査課)へ提出してください。)

**【様式第2号の2の注意事項】**

1 施術所に勤務する他の施術者の免許証の写しを添付すること。

ただし、様式第4号による申出事項の変更で勤務する他の施術者を追加する場合は、当該施術者の免許証の写しを添付すること。

2 施術者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。

※ 施術者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。