

施術管理者選任等証明

令和 年 月 日に、※1 _____ の
施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た※2 _____ につい
ては、施術所の開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

また、開設者が、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等を含む。）に基づく受領委任の契約の当
事者として第 1 章 4、第 2 章 8 及び 9、第 3 章 21、第 5 章 28 並びに第 8 章その
他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担することを確認しまし
た。

令和 年 月 日

九州厚生局長

殿

県知事

開設者

住所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名 _____

〒 - TEL. - -

住所 _____

- ※ 1 下線部には受領委任の取り扱いを希望する資格（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）を記載してください。
- ※ 2 下線部には選任する施術管理者の氏名を記載してください。
- ※ 3 この書類は、開設者（個人）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者が記載してください。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出してください。