

(様式第2号)

<記載例>

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出 (施術所の申し出)

|  |           |   |   |                             |
|--|-----------|---|---|-----------------------------|
| 柔道整復師<br>(受領委任の<br>施術管理者)  | 第1        | ふりがな  | きゅうしゅう たろう                              |                             |
|  |           | 氏名  | 九州 太郎                                   | 大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生        |
|  |           | 免許番号  | 〇〇〇〇〇                                   | (取得年月日) 大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| 施 術 所  | ふりがな      | こうせいせいこつじん  |   |                             |
|  | 名称        | 厚生整骨院<br>(電話番号: 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇)                                 |   |                             |
|  | 所在地       | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇<br>◆開設者(個人)と施術管理者が同じ場合は「同上」と記入してください。 |   |                             |
|  | ふりがな      | かぶしきがいしゃこうせい だいひょうとりしまりやく こうせい はな 〒〇〇〇-〇〇〇〇                       |   |                             |
|  | 開設者氏名及び住所 | 氏名 株式会社厚生 代表取締役 厚生 花子 住所 福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇<br>大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日生   |   |                             |
| 申し出前5年間における受領委任の取扱いの中止   | 有・無       | 中止年月日   | ◆申し出前5年間に受領委任の取扱いの中止を受けている場合のみ記入してください。 |                             |
|  |           | 当該地方厚生(支)局長等  |   |                             |
| 柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出  |           |   | 定額料金の徴収を ( 行う・行わない )                    |                             |
| 注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で申し出ること。<br>注2 申し出に当たっては、施術所の申し出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。<br>注3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。<br>注4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。 |           |   |   |                             |
| (備考) (標榜時間) 平日(月~金) 9:00~17:00 (休日) 土日祝日   |           |   |   |                             |

◆該当する方を、○で囲んでください。

◆申し出前5年間に受領委任の取扱いの中止を受けている場合のみ記入してください。

◆施術所の標榜時間、休日について記入してください。

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
九州厚生局長

殿

柔道整復師氏名 九州 太郎

福岡県知事

〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

◆所在する県名を記入してください。

住 所 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇

(この申し出は、九州厚生局県事務所(福岡県にあっては指導監査課)へ提出して下さい。)