

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

<記載例>

他の施術所においても施術管理者として申し出ている場合はチェックし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付してください。

施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合はチェックしてください。

専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者(出張専門施術者)として保健所に届け出ている場合はチェックしてください。

施術管理者の目が不自由等の理由により、代理の方が記入する場合は、代理記入の理由及び代理記入者の氏名を記入してください。

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| 療養費の種類   |  | はり <input checked="" type="checkbox"/>  | きゅう <input checked="" type="checkbox"/>          | あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/>   |
| 施術管理者<br>第1<br>(他の施術所の<br>施術管理者)<br><input type="checkbox"/>                       | ふりがな   | きゅうしゅう たろう  |  | 生年月日   |
|  | 氏名   | 九州 太郎   |  | (昭和)〇〇年〇〇月〇〇日生   |
|  | 免許<br>交付者名   | はり <input checked="" type="checkbox"/><br>福岡県知事   | きゅう <input checked="" type="checkbox"/><br>福岡県知事 | あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/><br>厚生労働大臣   |
|  | 番号   | 第 〇 〇 〇 〇 号   | 第 〇 〇 〇 〇 号                                      | 第 〇 〇 〇 〇 号  |
|  | 年月日  | (昭和)〇〇年〇〇月〇〇日   | (昭和)〇〇年〇〇月〇〇日                                    | (平成)〇〇年〇〇月〇〇日  |
|  | 中止   | ( ) 年 月 日   | ( ) 年 月 日  | ( ) 年 月 日  |
| 施術所<br>(複数施術管理者)<br><input type="checkbox"/><br>(出張専門)<br><input type="checkbox"/> | 勤務時間   | 午前 9時00分~12時00分(月火水木金土、日)<br>午後 1時00分~6時00分(月火水木金土、日)   |  |  |
|  | 所属団体   | <input checked="" type="checkbox"/> 公益社団法人日本鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会<br><input type="checkbox"/> 公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人日本盲人会連合<br><input type="checkbox"/> その他(ふりがな ) |  | 施術者登録番号(左記4団体会員)<br>〇〇〇〇〇〇   |
|  | ふりがな   | こうせいしんきゅういん   |  | 電話番号<br>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇<br>※ウェブページへの掲載(可・否)   |
|  | 名称   | 厚生鍼灸院   |  | 受領委任の取扱規程11(1)~(14)<br>の事項の該当の有無<br>有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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  |   |  |  |
| 標榜時間   | 午前 9時00分~12時00分(月火水木金土、日) 休日( 土曜午後、日曜、祝日 )<br>午後 1時00分~6時00分(月火水木金土、日) |   |  |  |
| 開設者<br>個人 <input type="checkbox"/><br>法人等 <input checked="" type="checkbox"/>      | 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 はなこ  |  | 生年月日   |
|  | 氏名   | 株式会社厚生 代表取締役 厚生 花子  |  | (昭和)〇〇年〇〇月〇〇日生   |
|  | 住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>福岡県福岡市〇〇区〇〇〇〇〇   |  | 電話番号<br>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇   |

(備考)

※施術所情報のウェブページへの掲載(可・否)(否の場合の理由: )

上記のとおり、療養費の受領委任の取扱いについて申出します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

九州厚生局長 殿  
福岡県知事 殿

所在する県名を記載してください。

氏名 九州 太郎  
〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
住所 福岡県〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇

施術管理者の自宅住所を記入してください。

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

## 【様式第2号の注意事項】

- 1 「療養費の種類」欄は、療養費の受領委任を取り扱う施術の種類をチェックすること。(施術管理者の「免許」欄にチェックのあるものに限る。)
  - 2 保健所に届け出た施術所開設(変更)届の副本の写し、施術管理者(予定者)の免許証の写し及び確約書(様式第1号)を添付すること。
  - 3 施術管理者が別の申出で施術管理者(出張専門施術者の場合を含む。)として申し出ている場合、「施術管理者」欄の(他の施術所の施術管理者)にチェックし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付すること。
  - 4 施術管理者の「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。
  - 5 「所属団体」欄は、所属する団体がある場合に記載すること。また、「施術者登録番号」欄は、施術管理者が公益社団法人日本鍼灸師会、公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社会福祉法人日本盲人会連会の会員である場合に当該会員の施術者登録番号を記載すること。
  - 6 施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合、「施術所」欄の(複数の施術管理者)にチェックすること。
  - 7 専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者(出張専門施術者)として保健所に届け出た場合、「施術所」欄の(出張専門)にチェックすること。その場合、「開設者」の各欄の記載は不要であること。また、施術所の「名称」欄には「同上」と記載し、「所在地」欄には自らが待機等する一つの拠点(出張の起点であり、自宅の住所)を記載し、住民票を添付すること。  
なお、出張専門施術者が別の申出で施術管理者又は勤務する施術者として申し出ている場合、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付すること。
  - 8 開設者(個人)と施術管理者が同一人の場合、開設者の「氏名」欄に「同上」と記載し、「生年月日」「住所」「電話番号」欄の記載は必要ないこと。
  - 9 開設者(個人)と施術管理者が別人の場合、開設者の各欄を記載し、施術管理者選任等証明(様式第1号の2)を添付すること。
  - 10 開設者が法人等の場合、開設者の「氏名」欄は法人等名・代表者の役職・氏名、「生年月日」欄は代表者のもの、「住所」「電話番号」欄は法人のものを記載し、施術管理者選任等証明(様式第1号の3)を添付すること。
  - 11 様式の最下部の申出者の氏名・住所・電話番号は、「施術管理者」欄に記載した施術者(施術管理者の予定者)のものを記載すること。
  - 12 令和3年1月1日以降に申出を行う場合、「はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費の受領委任を取り扱う施術管理者の要件について」(令和2年3月4日保発0304第1号厚生労働省保険局長通知)による実務経験を確認できる書類(「実務経験期間証明書」の写し又は「承諾通知」の写し等)及び研修修了を確認できる書類(「施術管理者研修修了証」の写し)を添付すること。
- ※ 施術所の名称・所在地、開設者(個人)の氏名・住所(法人の場合は名称・所在地)、施術管理者の氏名・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。