

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

<記載例>

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 | きゅうしゅう たろう | 生年月日 | 目が見えない者 |
| | | 氏名 | 九州 太郎 | (昭和) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 | □ |
| | | 免許 | はり <input checked="" type="checkbox"/> | きゅう □ | あん摩マッサージ指圧 □ |
| | | 交付者名 | 福岡県知事 | | |
| | | 番号 | 第 〇 〇 〇 〇 号 | 第 号 | 第 号 |
| | | 年月日 | (昭和) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | () 年 月 日 | () 年 月 日 |
| | 第3 | 中止 | () 年 月 日 | () 年 月 日 | () 年 月 日 |
| | | 勤務時間 | 午前 9時00分~12時00分(月、火、水、木、金、土、日) 午後 1時00分~ 6時00分(月、火、水、木、金、土、日) | | |
| | | 厚生(支)局 | 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 □ |
| 第4 | 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) 午後 時 分~ 時 分(月、火、水、木、金、土、日) | | | |
| | 厚生(支)局 | 厚生(支)局 | | | |

(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。