

療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

施術管理者	登録記号番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 - 〇 - 〇
	氏名	九州 太郎
	施術所名	厚生整骨院 (電話番号: 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇)
	開設者氏名	厚生 花子
変更内容	(記入例1) 受領委任取扱いの辞退 (記入例2) 勤務あはき師の追加 (記入例3) 勤務あはき師の削除 (変更年月日: 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日)	
理由等	(記入例1) 施術所廃止のため、施術管理者変更のため 等 (記入例2) 採用のため (記入例3) 退職のため	
備考	変更に伴う当初申出時における受領委任の取扱規程11(1)～(14)の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>	

上記のとおり申出事項の変更を申出します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

九州厚生局長

殿

福岡県知事

◆所在する県名を記入してください。

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

(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。)

(注) 受領委任の施術管理者が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、届出人の氏名及び住所並びに当該施術者との関係を記入すること。

また、施術所において勤務する他の施術者を追加する場合は、様式第2号の2及び当該施術者の免許証の写しを添付すること。