

## 療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

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			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 □	
		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		
		厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局			
	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)							
	第3	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 □		
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			
	厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局				
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)								
第4	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 □		
	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			
	厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局				
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)								

(この申出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

【様式第2号の2の注意事項】

様式第2号の2

- 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。