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。

_第3早に走める事項を遵守し、第2早12及び15、第5早28、第8早业びに第9早45での他の向規程の適用を受けることについて向息しまり。					
施術所に勤務する他の施術者		ふりがな		生年月日	目が見えない者
	第 2	氏 名		() 年 月 日生	
		免 許	はり 口	きゅう 🛘	あん摩マッサージ指圧 口
		交付者名			
		番号	第 号	第 号	第 号
		年 月 日	() 年 月 日 () 年 月 日	() 年 月 日	() 年月日
		中止		() 年 月 日	() 年 月 日
			厚生(支)局	上	厚生(支)局
		#1 34 04 88	午前 時 分~ 時 分(月、火、水、	<u> </u>	
		勤務時間	午後 時 分~ 時 分(月、火、水、	木、金、土、日)	
		ふりがな		生年月日	目が見えない者
	第 3				
		氏 名		, , , ,	
		免許	はり 口	きゅう ロ	あん摩マッサージ指圧 口
		交付者名			
		番号	第一号	第 号	第 号
		年月日	() 年 月 日 () 年 月 日	<u> () 年 月 日 </u>	<u> () 年 月 日 </u>
		中止			厚生(支)局
		勤務時間	午後 時 分~ 時 分(月、火、水、	<u> </u>	
		2010/2011		//(<u> </u>	
	第 4	ふりがな		生年月日	目が見えない者
		氏 名		() 年 月 日生	
			はり 口	きゅう 🛘	あん摩マッサージ指圧 口
			150 / -		
		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
		· F - T	厚生(支)局	厚生(支)局	厚生(支)局
		#1 75 = 1 85	午前 時 分~ 時 分(月、火、水、	木、金、土、日)	
		勤務時間	午後 時 分~ 時 分(月、火、水、	不、金、土、日)	
1			1		

(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。