

### 療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

<p>他の施術所においても施術管理者として申し出し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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>療養費の種類</p>	<p>はり <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>きゅう <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/></p>
		<p>ふりがな</p> <p>こうせい たろう</p>	<p>生年月日</p> <p>目が見えない者</p>	
		<p>氏名</p> <p>厚生 太郎</p>	<p>(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日生</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
		<p>免許</p> <p>はり <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>きゅう <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/></p>
		<p>交付者名</p> <p>知事</p>	<p>知事</p>	<p>知事</p>
		<p>番号</p> <p>第 〇〇〇〇〇号</p>	<p>第 〇〇〇〇〇号</p>	<p>第 〇〇〇〇〇号</p>
		<p>年月日</p> <p>(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p>	<p>(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p>	<p>(平成) 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p>
		<p>中止</p> <p>( ) 年 月 日</p>	<p>( ) 年 月 日</p>	<p>( ) 年 月 日</p>
		<p>勤務時間</p> <p>午前 10時 00分 ~ 12時 00分 (月、火、水、木、金、土、日)</p> <p>午後 5時 00分 ~ 8時 00分 (月、火、水、木、金、土、日)</p>	<p>厚生(支)局</p> <p>厚生(支)局</p> <p>厚生(支)局</p>	
		<p>所属団体</p> <p><input type="checkbox"/>公益社団法人日本鍼灸師会 <input checked="" type="checkbox"/>公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>その他(ふりがな )</p>	<p>施術者登録番号(左記4団体会員)</p> <p>〇〇〇〇〇〇</p>	
<p>ふりがな</p> <p>こうせいしんきゅういん</p>	<p>電話番号</p> <p>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</p>			
<p>名称</p> <p>厚生鍼灸院</p>	<p>〒〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>〇〇市〇〇町〇-〇-〇</p>	<p>受領委任の取扱規程11(1)~(12)の事項の該当の有無</p> <p>有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/></p>		
<p>所在地</p>	<p>午前 10時 00分 ~ 12時 00分 (月、火、水、木、金、土、日) 休日(日、祝)</p> <p>午後 5時 00分 ~ 8時 00分 (月、火、水、木、金、土、日)</p>	<p>標榜時間</p>		
<p>ふりがな</p> <p>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 いちろう</p>	<p>生年月日</p> <p>(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日生</p>			
<p>氏名</p> <p>株式会社 厚生 代表取締役 厚生 一郎</p>	<p>電話番号</p> <p>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</p>			
<p>住所</p> <p>〒〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>〇〇市〇〇町〇-〇-〇</p>	<p>(備考)</p> <p>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載してください。</p>			

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 〇年 〇月 〇日

所在する県名を記載してください。

四国厚生支局長 殿  
〇 県知事

氏名 厚生 太郎  
〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL. 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇  
住所 施術管理者の自宅住所を記入

(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。)