

## 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	
	氏名	
	施術所名	(電話番号： ( ) )
	開設者氏名	
変更内容	(変更年月日： 令和 年 月 日)	
理由等		
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 type="checkbox"/>	

上記のとおり申出事項の変更を申出します。

令和 年 月 日

四国厚生支局長

殿

県知事

氏名

〒 - TEL. - -

住所

(この申出は、四国厚生支局各県事務所(香川県にあっては四国厚生支局指導監査課)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。