

(様式第2号の2)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出 (同意書)

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程 (平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添2) の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15並びに第8章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柔道整復師	第2	ふりがな					
		氏名	明・大・昭・平 年 月 日生				
		免許番号	(取得年月日) 昭・平・令 年 月 日				
		申し出前5年間における受領委任の取扱い中止	有・無	中止年月日			
				当該地方厚生(支)局長等			
		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					
		氏名	明・大・昭・平 年 月 日生				
		免許番号	(取得年月日) 昭・平・令 年 月 日				
		申し出前5年間における受領委任の取扱い中止	有・無	中止年月日			
				当該地方厚生(支)局長等			
		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					
	氏名	明・大・昭・平 年 月 日生					
	免許番号	(取得年月日) 昭・平・令 年 月 日					
	申し出前5年間における受領委任の取扱い中止	有・無	中止年月日				
			当該地方厚生(支)局長等				
	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)					

(注) 施術所に勤務する他の柔道整復師は、署名すること。

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