

受領委任を希望する資格に してください。希望する資格について、必要事項を記入してください。

受領委任を希望する資格に してください。

別添1(様式第2号)

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(施術所の申出)

療養費の種類		はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/>
施術管理者 第1 (他の施術所の 施術管理者)	ふりがな	とうほく たらう		生年月日
	氏名	東北 太郎 (昭和) ○年 ○月 ○日生		目が見えない者 <input type="checkbox"/>
	免許	はり <input checked="" type="checkbox"/>		きゅう <input type="checkbox"/>
	交付者名	宮城県知事		あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/>
	番号	第 号	第 号	第 号
	年月日	(昭和) 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
	中止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
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)			
所属団体	公益社団法人日本鍼灸師会 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会 公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会 社会福祉法人日本盲人会連合 その他(ふりがな)		施術者登録番号(左記4団体会員)	
施術所 (複数施術管理者) (出張専門)	ふりがな	とうほくこうせいしんきゅういん		電話番号
	名称	東北厚生鍼灸院		123(456)7890
	所在地	〒123-4567 ○○県○○市 町1-2-3		受領委任の取扱規程11(1)~(14)の事項の該当の有無 有 ・ 無 <input checked="" type="checkbox"/>
標榜時間	午前○時 ○分 ~ ○時 ○分 (月、火、水、木、金、土、日) 休日()			
	午後○時 ○分 ~ ○時 ○分 (月、火、水、木、金、土、日)			
開設者 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人等	ふりがな	とうほく はなこ		生年月日
	氏名	東北 花子		(昭和) ○年 ○月 ○日生
	住所	〒987-6543 ○○県○○市○○町3-2-1		電話番号 987(654)3210
(備考)	____ 施術管理者の方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。			

2カ所以上の施術所において施術管理者として申し出ている場合はし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を必ず添付してください。

同一の施術所に2名以上の施術管理者を配置する場合にはしてください。

ここにがある場合は、住民票の添付が必要です。保健所に出張専門施術者として届け出ている場合にはしてください。

その他以外にをした場合には必ず記載してください。(団体の施術者登録番号が不明な場合は各所属団体にお問い合わせください。)

施術所情報のウェブページへの掲載(可・否)(否の場合の理由:)

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 年 月 日

東北厚生局長 殿

県知事 殿

氏名 東北太郎
〒123-4567 TEL.123-456-7890
住所 ○○県○○市○○町1-2-3
施術管理者の自宅住所を記入してください。

(この申出は、各県事務所(宮城県にあっては指導監査課)へ提出してください。)