

出張専門

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 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 | とうほくたろう | 生年月日 | 目が見えない者 |
| | 氏名 | 東北太郎 | (昭和) 〇年 〇月 〇日生 | <input type="checkbox"/> |
| | 免許 交付者名 | はり <input checked="" type="checkbox"/> 宮城県知事 | きゅう <input type="checkbox"/> | 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 | 午前〇時 〇分~ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) 午後〇時 〇分~ 〇時 〇分(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) | | | |
| 電話番号 | 123(456)7890 | | | |
| 施術所 名 称 | 同上 | | | |
| (複数施術管理者) (出張専門) | 所在地 | 〒123-4567 〇〇県〇〇市 町1-2-3 | | |
| 標榜時間 | 午前〇時 〇分~ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) 休日() 午後〇時 〇分~ 〇時 〇分(月、火、水、木、金、土、日) | | | |
| 開設者 個人 法人等 | ふりがな | 生年月日 | | |
| | 氏名 |) 年 月 日生 | | |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 |
| (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。

出張専門の場合、施術所の名称は施術管理者の氏名になります。(同上と記載)

ここにをしてください。住民票の添付が必要となります。

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。)

出張専門の場合、「開設者」欄の各項目の記載は不要です。

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 〇〇県〇〇市〇〇町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。)