

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

施術所に勤務する他の施術者として、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知別添1、その後の変更及び改訂を含む。)の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15、第5章28、第8章並びに第9章45その他の同規程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施術者	第2	ふりがな			生年月日			目が見えない者			
		氏名			() 年 月 日生			□			
		免許	はり □		きゅう □		あん摩マッサージ指圧 □				
		交付者名									
		番号	第	号	第	号	第	号			
		年月日	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日			
	中止	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日				
		厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局					
	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			生年月日			目が見えない者			
		氏名			() 年 月 日生			□			
免許		はり □		きゅう □		あん摩マッサージ指圧 □					
交付者名											
番号		第	号	第	号	第	号				
年月日		()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日				
中止	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日					
	厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局						
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			生年月日			目が見えない者				
	氏名			() 年 月 日生			□				
	免許	はり □		きゅう □		あん摩マッサージ指圧 □					
	交付者名										
	番号	第	号	第	号	第	号				
	年月日	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日				
中止	()	年 月 日	()	年 月 日	()	年 月 日					
	厚生(支)局		厚生(支)局		厚生(支)局						
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)										

(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。)

(様式第2号の2)(裏面)

1 施術所に勤務する他の施術者の免許証の写しを添付すること。

ただし、様式第4号による申出事項の変更で勤務する他の施術者を追加する場合は、当該施術者の免許証の写しを添付すること。

2 施術者の「中止」欄は、過去に受領委任の取扱いの中止(相当)がある場合、中止(相当)年月日及び該当する地方厚生(支)局を記載すること。

※ 施術者の氏名・目が見えない者の各欄について、保健所に届け出た施術所開設(変更)届と同じ内容を記載すること。