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 ☑	きゅう ☑	あん摩マッサージ指圧 ☑
施術管理者 （他の施術所の施術管理者） □	第1 ふりがな	とうかい いちろう	生年月日	目が見えない者
	氏　名	東海 一郎	（昭和）〇〇年〇〇月〇〇日生	□
	免　許	はり ☑	きゅう ☑	あん摩マッサージ指圧 ☑
	交付者名	愛知県知事	愛知県知事	厚生労働大臣
	番　号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号
	年 月 日	（昭和）〇〇年〇〇月〇〇日	（昭和）〇〇年〇〇月〇〇日	（昭和）〇〇年〇〇月〇〇日
	中　止	（　）年　月　日 〇〇厚生（支）局	（　）年　月　日 〇〇厚生（支）局	（　）年　月　日 〇〇厚生（支）局
	勤務時間	午前 9 時 00 分 ～ 12 時 00 分（月、火、水、木、金、土、日、祝） 午後 2 時 00 分 ～ 7 時 00 分（月、火、水、木、金、土、日、祝）		
	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　　）		術者登録番号（左記4団体会員） 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
施術所 （複数施術管理者） □ （出張専門） □	ふりがな	こうせいしんきゅうちりょういん		電話番号
	名　称	厚生鍼灸治療院		〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇 ※ウェブページに掲示されることから、業務に使用する電話番号を記載すること。
	所 在 地	〒461－0001 愛知県名古屋市中区三の丸1234		受領委任の取扱規程11（1）～（14）の事項の該当の有無 有 □ ・ 無 ☑
	標榜時間	午前 9 時 00 分 ～ 12 時 00 分（月、火、水、木、金、土、日、祝） 午後 2 時 00 分 ～ 7 時 00 分（月、火、水、木、金、土、日、祝）		休日（土曜日午後、日曜日、祝祭日、年末年始）
開設者 個人 □ 法人等 ☑	ふりがな	かぶしきがいしゃ こうせい だいひょうとりしまりやく とうかい いちろう		生年月日
	氏　名	株式会社 厚生 代表取締役 東海 一郎		和）〇〇年〇〇月〇〇日生
	住　所	〒461－0001 愛知県名古屋市中区三の丸1234		電話番号 〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
ウェブページへの掲示の希望		り希望しない場合のみ記載）	（備考）	

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。

和 〇年〇〇月〇〇日

東 海 北 陸 厚 生 局 長 殿

愛 知 県 知 事 殿

施術管理者の氏名、住所、電話番号を記入してください。

氏名　東 海 一 郎
〒〇〇〇-〇〇〇〇　　TEL. 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
住所　（施術管理者の自宅住所を記入）

（この申出は、施術所（出張専門の施術者の場合は自宅住所）が所在する県を管轄する各県事務所（愛知県にあっては指導監査課）へ提出してください。）

他の施術所においても施術管理者として申し出ている場合は、チェックし、勤務形態確認票（様式第2号の3）を添付してください。

施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合は、チェックをしてください。（施術管理者ごとに様式第2号の提出が必要です。）

専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者（出張専門施術者）として保健所に届け出た場合は、チェックをしてください。（施術管理者の住民票を添付してください。）

開設者（個人）と施術管理者が別人の場合は、施術管理者選任等証明（様式第1号の2）を添付してください。また、開設者が法人の場合は、施術管理者選任等証明（様式第1号の3）を添付してください。

開設者が個人で施術管理者と同一人の場合、開設者の「氏名」欄は「同上」と記入してください。（「生年月日」「住所」「電話番号」欄の記載は必要ありません。）

時間が2段で記入できない場合は、余白等を利用し、詳細に記入してください。

免許証に記載されている交付者を記入してください。

例）
・厚生労働大臣
・〇〇県知事