

(様式第1号)

確 約 書

柔道整復師の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを届け出るに当たり、協定書（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添1の別紙）を遵守することを確約します。

平成 年 月 日

東 海 北 陸 厚 生 局 長

岐 阜 県 知 事 殿

公益社団法人岐阜県柔道整復師会長

柔道整復師氏名

印

住 所 〒 —

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名

〒 — TEL. —

住 所

(注) 確約書の管理は、公益社団法人岐阜県柔道整復師会長が行うものとする。

(様式第2号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届け出（施術所の届け出）

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第1	ふりがな			
		氏名	明・大・昭・平 年 月 日生		
		免許 番号 第	号	(取得年月日) 大・昭・平	年 月 日
施 術 所	ふりがな				
	名称	(電話番号： ())			
	所在地	〒 -			
	ふりがな	〒 -			
	開設者氏名及び住所	氏名 明・大・昭・平 年 月 日生	住所		
届け出前5年間における受領委任の取扱いの中止	有 ・ 無	中止年月日			
		当該地方厚生(支)局長等			
柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出		定額料金の徴収を (行う・行わない)			
注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で申し出ること。 2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。 3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、別紙「勤務形態確認票」に各施術所における勤務形態等を記入すること。 4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。					
(備考) ・ 施術日及び施術時間 { 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) } ・ 休日 { } ・ 柔道整復師会入会年月日 (昭・平) 年 月 日					

上記のとおり、届け出します。
平成 年 月 日

東海北陸厚生局長

岐阜県知事

殿

柔道整復師氏名

住 所

印

〒 - TEL. - -

(この届け出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(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届け出 (同意書)

施術所において勤務する他の柔道整復師として、協定書(平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添1の別紙)の第3章に定める事項を遵守し、第2章11及び14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	印 明・大・昭・平 年 月 日生									
		免許番号	第	号	(取得年月日) 大・昭・平 年 月 日							
		届け出前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	印 明・大・昭・平 年 月 日生									
		免許番号	第	号	(取得年月日) 大・昭・平 年 月 日							
		届け出前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	印 明・大・昭・平 年 月 日生										
	免許番号	第	号	(取得年月日) 大・昭・平 年 月 日								
	届け出前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、署名押印をすること。

(この届け出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(様式第4号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届出事項の変更等

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	登録記号番号			
	氏名			
	施術所名	(電話番号： ())		
	開設者氏名			
区分	1	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出	定額料金の徴収を (行う・中止)	
	2	変更内容	(変更年月日： 平成 年 月 日)	
	その他	理由等		

上記のとおり届出事項の変更を届け出します。
平成 年 月 日

東海北陸厚生局長

殿

岐阜県知事

柔道整復師名

印

住所

〒 - TEL. - -

(この届け出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(注) 当該柔道整復師(受領委任の施術管理者)が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、届出人の氏名及び住所並びに当該柔道整復師との関係を記入すること。

また、施術所において勤務する他の柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

(会員用)

施術管理者選任証明

施術所の「施術管理者」として、下記の柔道整復師を選任したことを証明する。

記

施術所名称	
施術所住所	
施術管理者氏名	
施術管理者住所	

東海北陸厚生局長

岐阜県知事 殿

公益社団法人岐阜県柔道整復師会長

平成 年 月 日

〒 — TEL. — —

開設者住所

開設者氏名

印

欠格事由非該当届出書

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いの届け出にあたり、「協定書」第2章10に掲げる各事項に該当しないことを届出します。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

岐阜県知事 殿

施術所名

施術管理者

氏名

印

住所 〒 -

「協定書」第2章（抄）

（受領委任の登録）

10 甲と乙は、9の届出を行った会員について、次の事項に該当する場合を除き、受領委任の取扱いに係る登録を行い、登録年月日以後、受領委任の取扱いを認めること。また、その場合は、様式第3号により、丙を経由して登録された当該会員（以下「丁」という。）に登録した旨を通知すること。

- (1) 施術管理者である会員又は勤務する柔道整復師が受領委任の取扱いの中止を受け、原則として中止後5年を経過しないとき。
- (2) 当該届け出を行った会員が勤務しようとする施術所の開設者がこれまで開設していた施術所の施術に関し、当該開設していた施術所に勤務していた柔道整復師が受領委任の取扱いの中止を受け、当該中止後、原則として5年を経過しないとき。
- (3) 受領委任の取扱いの中止を受けた施術管理者に代えて施術所の開設者から施術管理者に選任された者であるとき。
- (4) 不正又は不当な請求に係る返還金を納付しないとき。
- (5) 二度以上重ねて受領委任の取扱いを中止されたとき。
- (6) 施術管理者又は開設者が第8章41の指導を重ねて受けたとき。
- (7) 施術管理者又は開設者が健康保険法、同法第65条第3項第3号に規定する政令で定める国民の保健医療に関する法律又は柔道整復師法に違反し罰金刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (8) 施術管理者又は開設者が禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (9) 施術管理者又は開設者が健康保険法第65条第3項第5号に規定する社会保険各法に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から3ヶ月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した社会保険料のすべてを引き続き滞納している者であるとき。
- (10) 受領委任の取扱いの中止を逃れるために登録を辞退して、その後しばらくして登録の届け出をしてきたとき。
- (11) 指導監査を再三受けているにも関わらず、指示事項について改善が見られず、再届け出時を迎えたとき。
- (12) その他、受領委任の取扱いを認めることが不適当と認められるとき。

確 約 書（特例対象者）

柔道整復師の施術に係る療養費の受領委任を取扱う施術管理者の届出又は申出を行った日から1年以内に、「柔道整復療養費の受領委任を取扱う施術管理者の要件の特例について」（平成30年1月16日付け保発0116第3号）の別紙11による（6）の実務研修期間証明書の写し及び（7）の研修修了証の写しを提出すること、並びに、（6）の実務研修期間証明書の写し及び（7）の研修修了証の写しを提出しなかった場合には、受領委任の取扱いを中止することに異議ないことを確約します。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

岐阜県知事 殿

柔道整復師氏名 ⑩

住 所 〒 -

（受領委任を取扱う）

施 術 所 名

施 術 所 住 所 〒 -

TEL - -