

(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申し出（施術所の申し出）

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第 1	ふ り が な			
		氏 名	大・昭・平・令 年 月 日生		
		免 許 番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 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 大・昭・平・令 年 月 日生	住所		
申し出前 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 申し出に当たっては、施術所の申し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、備考欄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)					

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。
令和 年 月 日

北 海 道 厚 生 局 長

北 海 道 知 事

殿 柔道整復師氏名
住 所

〒 - TEL. - -

(この申し出は、北海道厚生局へ提出してください。)