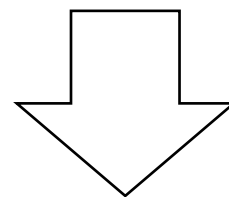


社団法人の会員以外の方へ

〈必要な届出〉

- 受領委任の取扱いの改正内容につきまして、ご同意いただける場合
 - 様式第2号、様式第2号の2を提出してください。
(平成22年8月20までに必着)
- 受領委任の取扱いの改正内容につきまして、ご同意いただけない場合
 - 様式第4号を提出してください。(平成22年8月20日までに必着)

※ 送付先は、施術所の所在する地方厚生（支）局都道府県事務所（「お知らせ」の4頁参照）あてに
お願いします。



以下、届出用紙

(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	明・大・昭・平 年 月 日生		
		免許番号	(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 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。

平成 年 月 日

厚生(支)局長

都道府県知事

殿 柔道整復師氏名

住所

〒 -

TEL. - -

印

(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つては地方厚生(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申し出（同意書）

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程（平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添2）の第3章に定める事項を遵守し、第2章10及び13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						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日
		申し出前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						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日
		申し出前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						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日	
	申し出前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。

(この申し出は、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申出事項の変更等

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	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	

上記のとおり申出事項の変更を申し出します。

平成 年 月 日

厚生(支)局長

都道府県知事

殿 柔道整復師名 印

〒 - TEL. - -

住所

(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つては地方厚生(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。