

はり灸・あん摩・マッサージ施術療養費の代理受領による委任払の取扱いに係る申出

受領委任の施術 管理者（代表者）	ふりがな			
	氏名	（ 年 月 日生）		
施術所又は 出張業務届出住所	ふりがな		電話番号	— —
	名称		FAX番号	— —
			施術機関番号	
	所在地	〒 —		
	ふりがな		住所 〒 —	
開設者氏名	（ 年 月 日生）			
医療区分（該当するものすべてに○）	1. はり 2. きゅう 3. あん摩マッサージ指圧 4. その他（ ）			
近畿厚生局への申出	<input type="checkbox"/> 承諾済（別紙「承諾通知書」のとおり）			
団体の所属の有無	1. 所属している（所属団体名）		2. 所属していない	
注 1 申出に当たっては、「勤務するはり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師の届出」も提出してください。 2 「施術者の免許証（はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師）」の写し・「施術所開設届」又は「変更届」の副本の写し・「出張業務開始届」の写しを添付してください。 3 施術管理者が複数の場所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各場所における勤務形態等を記入してください。 4 所属団体が委任払の取扱いに係る承諾を得ている場合は、個人での申出は不要です（医療費申請は団体を通じて行ってください。）。				
(備考)				

上記のとおり、はり灸・あん摩・マッサージ施術療養費の代理受領による委任払の取扱いについて申し出ます。

年 月 日

芦屋市長 伊藤 舞 宛

代表者氏名

住 所

TEL — —