

施術管理者になる者
全て提出。
出張専門業者も提出

別添 1 (様式第 1 号)

確 約 書

はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するものを記載 の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出るに当たり、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）を遵守することを確約します。

平成 年 月 日

九 州 厚 生 局 長

殿

福 岡 県 知 事

氏 名 施術管理者になる者の氏名 印

住 所 〒 施術管理者になる者の住所、出張専門届の者は住民票の住所
開設届を出している者については開設届の施術者住所

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名 施術所の名前を記載、出張専門の場合は氏名を記載

住 所 〒 - TEL. - -
出張専門の場合は住民票の住所で上段と同じ住所を記載。
開設届を出している個人、法人は開設届に記載されている
開設の場所を記載

〔 この確約書は、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。 〕

別添 1 (様式第 1 号の 2)

個人で開設し施術管
理者を雇用する場合

施術管理者選任等証明

平成〇年〇月〇日に、〇〇(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの)の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た〇〇〇〇については、施術所の開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

施術管理者になる者の名前を記載

また、開設者が、受領委任の取扱規程(平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。)に基づく受領委任の契約の当事者として第 1 章 4、第 2 章 8 及び 9、第 3 章 21、第 5 章 28 並びに第 8 章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担することを確認しました。

平成 年 月 日

九州厚生局長

殿

福岡県知事

開設者 印

住所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名 _____

〒 - TEL. - -

住所 _____

この書類は、開設者(個人)が選任した者が施術管理者である場合に、開設者が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

開設者が法人で
施術管理者を選
任する場合

施術管理者選任等証明

平成〇年〇月〇日に、〇〇（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出た〇〇〇〇は、開設者が施術管理者として選任したことを証明します。

↓
施術管理者になる者の氏名

また、開設者が、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）に基づく受領委任の契約の当事者として第 1 章 4、第 2 章 8 及び 9、第 3 章 21、第 5 章 28 並びに第 8 章その他の本規程に定める開設者としての義務及び責任を負担し、平成〇年〇月〇日に申出された施術所が、同規程に基づく受領委任の契約の当事者として第 2 章 8 及び 9 その他の本規程に定める施術所としての義務及び責任を負担することを確認しました。

平成 年 月 日

九州厚生局長

殿

福岡県知事

開設者（法人等名・代表者の役職・氏名）

印

法人等の所在地 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名 _____

〒 - TEL. - -

住 所 _____

この書類は、開設者（法人等）が選任した者が施術管理者である場合に、開設者（法人等の代表者）が記載して下さい。また、療養費の受領委任の取扱いを申し出る施術管理者が提出する「確約書」と合わせて提出して下さい。

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 <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
第1 他の施術所でも施術管理者の申し出をしている場合チェックを入れる勤務形態 (他の施術所の施術管理者) <input type="checkbox"/>	ふりがな	生年月日		目が見えない者
	氏名	保持している免許証にチェックを入れ	() 年 月 日生	<input type="checkbox"/>
	免許	はり <input type="checkbox"/>	きゅう <input type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/>
	交付者名	都道府県知事、厚生大臣、厚生労働大臣の別があるので免許証で確認する事、再交付の場合要注意		
	番号	第 号	第 号	第 号
	年月日	年月日は免許登録日再発行の場合は登録日と交付日が異なるので注意		() 年 月 日
	中止	() 年 月 日		() 年 月 日
	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)		勤務時間は標榜時間内で記
所属団体	<input type="checkbox"/> 公益社団法人日本鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> 公益社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人日本盲人会連合 <input type="checkbox"/> その他(、ふりがな)		施術者登録番号(左記4団体会員)	
施術所 (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな	専ら出張のみの場合は「同上」と記載		電話番号
	所在地	複数施術管理者は、はり、きゅう、マッサージで施術管理者が異なる場合※はり師・きゅう師がマッサージ免許がないのでマッサージ師の免許保有者を施術管理者にし		受領委任の取扱規程11(1)～(12)の事項の該当の有無 有 <input type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>
	標榜時間	午前 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日) 休日() 午後 時 分～ 時 分(月、火、水、木、金、土、日)		無にチェックを入れ
開設者 個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/>	ふりがな	開設者と施術管理者が同じ場合は同上と記載		生年月日
	氏名	法人の場合は法人の名前、代表者の役職、代表者の名前、住所は法人の住所		() 年 月 日生
	住所	生年月日は代表者の生年月日、電話番号は法人の電話番号を記載		電話番号
(備考)		代理で記入する場合は、理由及び代理記入者の氏名を記載		

上記のとおり、療養費の受領委任の取扱いについて申出します。

平成 年 月 日

専ら出張のみの場合は住民票の住所住民票を添付

九州厚生局長 殿

氏名 施術管理者の氏名 印

福岡県知事 殿

住所 TEL. - -

(この申出は、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。)

療養費の受領委任の取扱いに係る申出(同意書)

施術所に勤務する他の施術者として、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知別添1、その後の変更及び改訂を含む。)の第3章に定める事項を遵守し、第2章12及び15、第5章28、第8章並びに第9章45その他の同規程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施術者	第2	ふりがな	生年月日		目が見えない者
		氏名	印	() 年 月 日生	□
		免許	はり □	きゅう □	あん摩マッサージ指圧 □
		交付者名			
		番号	第 号	第 号	第 号
		年月日	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日
	中止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日	
		〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	
	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) 勤務時間は様式第2号の標榜時間内にする事			
	第3	ふりがな	生年月日		目が見えない者
		氏名	印	() 年 月 日生	□
免許		はり □	きゅう □	あん摩マッサージ指圧 □	
交付者名					
番号		第 号	第 号	第 号	
年月日		() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日	
中止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日		
	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局		
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	生年月日		目が見えない者	
	氏名	印	() 年 月 日生	□	
	免許	はり □	きゅう □	あん摩マッサージ指圧 □	
	交付者名				
	番号	第 号	第 号	第 号	
	年月日	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日	
中止	() 年 月 日	() 年 月 日	() 年 月 日		
	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局	〇〇厚生(支)局		
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)				

(この申出は、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。)

別添1(様式第2号の3)

1. 施術管理者が、例外的に複数の施術所の施術管理者となる場合に、各施術所における管理を行う日(曜日)及び時間を明確にさせるため、本票を提出する。

勤務形態確認票

2. 出張専門施術者が、自らが申出る様式第2号とは別の申出で施術管理者又は勤務する施術者として申出され複数の箇所勤務する場合に提出する。

施術管理者氏名	自宅住所				
施術所名称					
施術所所在地					
管理・勤務の区分	管理・勤務	管理・勤務	管理・勤務	管理・勤務	
勤務時間	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()	
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :	
	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :	
勤務時間	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()	
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :	
	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :	
勤務時間	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()	曜日 ()	
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :	
	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :	
休業日	日・月・火・水・木・金・土	日・月・火・水・木・金・土	日・月・火・水・木・金・土	日・月・火・水・木・金・土	
	祝日・振替休日	祝日・振替休日	祝日・振替休日	祝日・振替休日	
	その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()	
同一日に複数の施術所に勤務する必要がある場合の移動手段	①	当初勤務する施術所の所在地			
		移動先施術所の所在地			
		施術所間の距離	()km(概算)		
		移動手段	区間	距離(概算)	所要時間
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
	②	当初勤務する施術所の所在地			
		移動先施術所の所在地			
		施術所間の距離	()km(概算)		
		移動手段	区間	距離(概算)	所要時間
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
	③	当初勤務する施術所の所在地			
		移動先施術所の所在地			
		施術所間の距離	()km(概算)		
		移動手段	区間	距離(概算)	所要時間
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
		電車・バス・車・徒歩・その他()	()から()	()km	()分
備考					

※ 同一日に複数の施術所に勤務する場合は、それぞれの施術所間の移動手段、所要時間等を記載すること。