

療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

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	
変更内容	(変更年月日： 平成 年 月 日)	
理由等		
備 考	変更に伴う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"/>	

上記のとおり申出事項の変更を申出します。

平成 年 月 日

〇〇厚生(支)局長 〇〇〇〇

殿

〇〇都道府県知事 〇〇〇〇

氏名

印

〒 - TEL. -

住所

(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。)

(注) 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施術者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施術者を追加する場合は、様式第 2 号の 2 及び当該施術者の免許証の写しを添付すること。