別添１（様式第４号）

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　□　・　無　□ | |

上記のとおり申出事項の変更を申出します。

　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　関 東 信 越 厚 生 局 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　知 事　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　-　　　　　　TEL.　　-　　-

　　住所

（この申出は、関東信越厚生局都県事務所（埼玉県にあっては指導監査課）へ提出してください。）

|  |
| --- |
| （補足）当該柔道整復師（開設者又は管理者）が死亡した場合は、住民票等の確認できる書類の添付を必要とすること。 |

（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。