

施術管理者になる者  
全て提出。  
出張專業者も提出

別添 1 (様式第 1 号)

# 確 約 書

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

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 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、出張專業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、出張專業の場合は氏名を記載
住 所	〒 - TEL. - - 出張專業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。 〕

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

〇 〇 厚 生 ( 支 ) 局 長  
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事  
〇 〇 〇 〇

開 設 者

印

住 所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名

住 所

〒

-

TEL.

-

-

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

〇 〇 厚 生 ( 支 ) 局 長  
〇 〇 〇 〇

殿

〇 〇 都 道 府 県 知 事  
〇 〇 〇 〇

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 checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/>
施術管理者 第1 他の施術所の施術管理者 <input type="checkbox"/>	ふりがな	きんきたろう	生年月日	目が見えない者
	氏名	近畿太郎	(昭和) 〇〇年〇〇月〇〇日生	<input type="checkbox"/>
	免許	はり <input checked="" type="checkbox"/>	きゅう <input checked="" type="checkbox"/>	あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="checkbox"/>
	交付者名	大阪府知事	大阪府知事	厚生労働大臣
	番号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号	第 〇 〇 〇 〇 〇 号
	年月日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(昭和) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(平成) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	中止	( ) 年 月 日 〇〇厚生(支)局	( ) 年 月 日 〇〇厚生(支)局	( ) 年 月 日 〇〇厚生(支)局
勤務時間	午前 10時00分～12時00分 (月、火、水、木、金、土、日) 午後 5時00分～8時00分 (月、火、水、木、金、土、日)			勤務時間は標榜時間の範囲内で設定
所属団体	<input checked="" 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) 〇〇〇〇〇〇	
施術所 複数施術管理者 <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな	こうせいしんきゅういん		電話番号
	名称	厚生鍼灸院		〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市中央区〇〇〇町〇-〇-〇		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 checked="" type="checkbox"/>
標榜時間	午前 10時00分～12時00分 (月、火、水、木、金、土、日) 休日 ( 土曜午後、日曜、祝日 ) 午後 5時00分～8時00分 (月、火、水、木、金、土、日)			
開設者 個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな	かぶしきがいしゃ こうせい だいひょうとりしまりやく こうせい いちろう		生年月日
	氏名	株式会社 厚生 代表取締役 厚生 一郎		(昭和) 〇〇年〇〇月〇〇日生
(備考) 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。	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市北区〇〇〇町〇-〇-〇		電話番号
				〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		施術管理者の目が不自由等の理由により、代理の方が記入する場合は、代理記入の理由及び代理記入者の氏名を記載してください。		

他の施術所においても施術管理者として申し出ている場合はチェックし、勤務形態確認票(様式第2号の3)を添付してください。

施術所にはり、きゅう又はあん摩マッサージ指圧の複数の施術管理者を配置する場合はチェックしてください。

専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者(出張専門施術者)として保健所に届け出ている場合はチェックしてください。

日本鍼灸師会(大鍼灸A会員)から発行されています

平成 30 年 〇 月 〇 日

近畿厚生局長 殿

大阪府知事 殿

氏名 近畿 太郎

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 施術管理者の自宅住所を記入

近畿

TEL.〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

所在する府県名を記載してください。

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(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  (他の施術所の 施術管理者) <input type="checkbox"/>	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 れる勤務形態確認 証を添付	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る ( ) 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 ( ) 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載		
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 )			
施術所  (複数施術管理者) <input type="checkbox"/> (出張専門) <input type="checkbox"/>	ふりがな			電話番号
	名称	専ら出張のみの場合は「同上」と記載		
	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 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た場合など		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)			
開設者  個人 <input type="checkbox"/> 法人等 <input type="checkbox"/>	ふりがな			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 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		( ) 年 月 日生
	住所			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

〇〇厚生(支)局長 〇〇〇〇 殿

氏名 〇〇〇〇 印

〇〇都道府県知事 〇〇〇〇 殿

〒 - 住所 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 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	第 号		第 号	第 号
		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		第 号		第 号	第 号	
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	第 号		第 号	第 号	
	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			
勤務時間	曜日 ( )	曜日 ( )	曜日 ( )			
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :			
	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :			
勤務時間	曜日 ( )	曜日 ( )	曜日 ( )			
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :			
	PM : ~ :	PM : ~ :	PM : ~ :			
勤務時間	曜日 ( )	曜日 ( )	曜日 ( )			
	AM : ~ :	AM : ~ :	AM : ~ :			
	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			
	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 ( )			
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。