

はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師  
代理受領施術者登録申請書

※ 登録番号は保険者が記入します。

大分県後期高齢者医療広域連合長 様	代理受領 施術者登録番号	はりきゅう																		
		あん摩マッ サージ指圧																		

施 術 所	名称	(フリガナ)																				
	住所	〒																				
	送付先住所	※住所とは別の送付先を希望する場合のみ記入 〒																				
	電話	- -										開設届出日	昭・平 年 月 日									
	登録種別 (該当に ○)	はりきゅう あん摩マッサージ指圧 両方																				
開 設 ( 代 表 者)	氏名	(フリガナ)										生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生						男・女			
	住所	※開設者が個人であれば個人の住所、法人であれば法人名及びその所在地を記入																				
代 理 受 領 指 定 口 座	金融機関名											支店名							コード			
	種別	当座・普通										口座番号										
	口座名義人	(フリガナ)																				

**添付書類**

- ※ 登録免許証及び保健所開設届(出張業務開始届)の写しを添付すること。
- ※ 口座番号と名義がわかる通帳のコピーを添付すること。
- ※ 施術所開設(代表)者と代理受領指定口座の口座名義が異なる場合は、その関係を証明するものを添付すること。
- ※ 開設者が法人である場合は登記簿の写しを添付すること。

私は、下記事項を遵守することに誓約したうえ、大分県後期高齢者医療広域連合の療養費代理受領施術者として登録を申請します。  
本誓約に違反した場合は、登録取消しを受けても異存ありません。

平成 年 月 日

開設(代表)者 住所

氏名

印

**遵守事項**

- 1 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律、同法施行規則及び療養費支給基準を遵守すること。
- 2 療養費の取扱いにおいて、不適正及び不適切な取扱いを行わないこと。
- 3 施術に関する施術録は、その他の施術録とは区別して作成し、必要な事項を記載した上で、これを完結の日から5年間保存すること。
- 4 負担金を適正に徴収し、徴収金について適正な管理を行うこと。
- 5 申請事項に変更があったときは、速やかに届け出ること。

○ 裏面も記入してください

1 施術者	氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
	住所									
	免許証	種類	登録機関		番	号	交付年月日			
		はり師					昭・平	年	月	日
きゆう師						昭・平	年	月	日	
	あま指師					昭・平	年	月	日	
2 施術者	氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
	住所									
	免許証	種類	登録機関		番	号	交付年月日			
		はり師					昭・平	年	月	日
きゆう師						昭・平	年	月	日	
	あま指師					昭・平	年	月	日	
3 施術者	氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
	住所									
	免許証	種類	登録機関		番	号	交付年月日			
		はり師					昭・平	年	月	日
きゆう師						昭・平	年	月	日	
	あま指師					昭・平	年	月	日	
4 施術者	氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
	住所									
	免許証	種類	登録機関		番	号	交付年月日			
		はり師					昭・平	年	月	日
きゆう師						昭・平	年	月	日	
	あま指師					昭・平	年	月	日	
5 施術者	氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日生	男 ・ 女
	住所									
	免許証	種類	登録機関		番	号	交付年月日			
		はり師					昭・平	年	月	日
きゆう師						昭・平	年	月	日	
	あま指師					昭・平	年	月	日	