

施術師新規登録シート

新規登録する種別	鍼灸	あんま・マッサージ	両方
施術所名 施術師名	(カナ)		
	(漢字)		
郵便番号			
施術所住所			
建物名・部屋番号			
電話番号			
開設日			
登録済みの施術師コード	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右欄に記載) 鍼灸() あんま・マッサージ()		
施術管理者	<input type="checkbox"/> 施術師と同じ <input type="checkbox"/> 施術師と異なる(以下に記載)		
	(カナ) (漢字)		
受領委任に係る登録記号番号			<input type="checkbox"/> 受領委任未契約(厚生局未届)
当広域連合からの郵便物送付先・電話連絡先(取りまとめ団体)	<input type="checkbox"/> 施術所住所と同じ <input type="checkbox"/> 施術所住所と異なる(以下に記載)		
	郵便番号		
	住所		
	団体名		
	電話番号		

【振込先】

金融機関名・コード	金融機関コード ()		
支店名・コード	支店コード ()		
預金種別	普通	当座	貯蓄
口座番号(右詰め)			
口座名義	(カナ)		
	(漢字)		

- ※1 このシートは、施術師1人に対し、1枚提出してください。
- ※2 「免許証の写し」及び保健所への「開設届の写し」を添付して提出してください。
- ※3 振込先の金融機関コード及び支店コードも必ず記入してください。
- ※4 登録後、施術師コードを通知します。療養費支給申請書には、通知した施術師コードを必ず記入してください
- ※5 不適正な請求が行われた場合は、登録を取り消すことがあります。

療養費の代理受領の取扱い施術師の登録を上記のとおり依頼します。
 法令、厚生労働省通知や広域連合の指示に基づき、適正に請求することを誓約します。

年 月 日 施術師名(自署)

施術師新規登録シート

鍼灸、あんま・マッサージ両方を登録される場合は、両方を選択してください。

記入例

新規登録する種別	鍼灸	あんま・マッサージ	両方
施術所名	(カナ) コウイキチリョウイン	(カナ) コウイキタロウ	
施術師名	(漢字) 広域治療院	(漢字) 広域太郎	
郵便番号	600-8411		
施術所住所	京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地		
建物名・部屋番号	COCON烏丸5階		
電話番号	075-344-1219		
開設日	平成19年3月10日		
登録済みの施術師コード	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右欄に記載) 鍼灸() あんま・マッサージ()		
施術管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 施術者と同じ <input type="checkbox"/> 施術者と異なる(以下に記載)		
受領委任に係る登録記号番号	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生(支)局で登録された受領委任に係る登録記号番号を記入してください。(受領委任制度導入後必要です。)		
当広域連合からの郵便物送付先・電話連絡先(取りまとめ団体)	<input type="checkbox"/> 施術所住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 施術所住所と異なる(以下に記載)		
郵便番号	600-8411		
住所	京都市中京区烏丸通四条上る笋町691		
電話番号	075-123-4567		

【振込先】

金融機関名・コード	広域銀行	金融機関コード (1234)																				
支店名・コード	広域支店	支店コード (123)																				
預金種別	普通	当座 貯蓄																				
口座番号(右詰め)	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
口座名義	(カナ) カトリマトメダイヒョウトリシマリヤクキョウトタロウ (漢字) (株)とりまとめ代表取締役 京都 太郎																					

- ※1 このシートは、施術師1人に対し、1枚提出してください。
- ※2 「免許証の写し」及び保健所への「開設届の写し」を添付して提出してください。
- ※3 振込先の金融機関コード及び支店コードも必ず記入してください。
- ※4 登録後、施術師コードを通知します。療養費支給申請書には、通知した施術師コードを必ず記入してください
- ※5 不適正な請求が行われた場合は、登録を取り消すことがあります。

療養費の代理受領の取扱い施術師の登録を上記のとおり依頼します。
 法令、厚生労働省通知や広域連合の指示に基づき、適正に請求することを誓約します。

平成30年10月1日

施術師名(自署) **広域太郎**