

国民健康保険療養費支給申請書、一部負担金相当額等一部助成療養費支給申請書、重度障がい者医療費助成療養費支給申請書、ひとり親家庭医療費助成療養費支給申請書(はり・きゅう、あん摩・マッサージ) 施術料にかかる代理受領による委任払い取扱届出書

提出先 大阪市福祉局長

届出年月日 平成 年 月 日

※ 以下、太線の枠内は必ず記入してください。

フリガナ		
代表者		(印)
フリガナ		
団体名 (団体名がある場合は記載してください)		
所在地 (団体でない場合は代表者住所を記載してください)	郵便番号	—
フリガナ		
施術所名		
所在地	郵便番号	—
電話番号	()-()-()	

※ 代表者が、施術師ではない場合は、当該団体又は、施術所で勤務する施術師の中から代表者が選任し、記載してください。

フリガナ		
施術管理者		
フリガナ		
施術所名		
所在地	郵便番号	—
電話番号	()-()-()	

登録する会員数 (届出日現在)	人
--------------------	---

提出物	<ul style="list-style-type: none"> ・ 提出物にチェックを入れてください ・ 提出物は、A4サイズに統一してください
<input type="checkbox"/> はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師免許証(写)	※ 登録する全員分が必要です
<input type="checkbox"/> 施術所開設届出書(写)	※ 開設している方は、提出してください
<input type="checkbox"/> 定款(写)	※ 法人格等を有する場合は、提出してください

受付印