

①ひとり親家庭等医療助成費、②乳幼児医療助成費及び③義務教育就学児医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

【注意】登録記号番号・登録年月日は、必ず記入してください。

関東信越厚生局登録年月日：令和3年4月1日

施術管理者登録記号番号 契13 1 2 3 4 5 -0 -0

Table with 2 columns: 施術管理者 (Operator) and 名称 (Name). Fields include フリガナ (Hiragana), 氏名 (Name), 免許証番号 (License No.), and 生年月日 (Date of Birth).

名称 フリガナ トチョウセイコツイン 都庁整骨院

特に、ビル名等の記載漏れにはご注意ください

関東信越厚生局への登録内容と同じ内容を記入してください。

〒333-3333 東京都西新宿2-8-1 新宿ビル1階 TEL 03 (1111) 2222

Table with 2 columns: 術所 (Clinic) and 開設者住所 (Operator's Address). Fields include フリガナ (Hiragana), 開設者氏名 (Operator's Name), and 開設者住所 (Operator's Address).

受領委任の取扱を 1年間(ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとする。)

申出前5年間(特例に係る中止取扱通知の適用を受ける場合は通知された期間)において受領委任の取扱の中止を受けたかどうか、有無を記入

Table for cancellation status with columns: 有 (Yes), 中止年月日 (Cancellation Date), 年 (Year), 月 (Month), 日 (Day). Includes a '無' (None) option.

「①ひとり親家庭等医療助成費、②乳幼児医療助成費及び③義務教育就学児医療助成費の柔道整復療養に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し出ます。

令和3年 6月 10日

東京都知事 殿

※東京都記入欄

Table for Tokyo entry fields: 関東信越厚生局承諾年月日 (Approval Date), 申出日(收受日) (Submission Date), 取扱開始日 (Start Date).

申出人

住所 新宿区北新宿1-2-3 北新宿ビル1階 03(1111)8888 氏名 東京 太郎

施術管理者の住所、氏名を記入