

柔道整復療養費の受領委任の取扱いに係る申出書

※免許証明書に記載がある項目は、同じ内容を記入して下さい。

氏名	〇〇 〇〇		明・大・ <input checked="" type="radio"/> 平〇〇年〇〇月〇〇日生	男・女
免許証番号	第〇〇〇号	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
施術所	名称	} 保健所への申請と同様の内容を記入して下さい。		
	所在地			
所属団体	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	所属団体の名称	(社)日本柔道整復師会以外の団体加入者のみ記載してください。	
遵守事項	別添のとおり。			
受領委任の取扱いをしようとする期間	1年間(ただし、期間満了1月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の翌日において、更に1年間順次更新したものとする。)			
申出前2年間における受領委任の取扱いの中止	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	中止年月日		
(備考) 国家公務員等共済組合連盟の承諾番号を取得している場合は、記載してください。				

上記のとおり、受領委任の取扱いについて申し出ます。

記載日を記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

防衛大臣 殿

自宅住所を記載してください。



住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇ー〇ー〇

氏名 〇〇 〇〇