

受任者払を認める
柔道整復師の

指名申請書

住 所 _____

氏 名 _____

労災保険の施術費に係る療養補償費の受任者払を認める柔道整復師としての指名をお願い致したく概況書を相添え申請致します。

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

申請者氏名 _____

柔道整復師の施術に係る療養（補償）給付たる療養の費用の受任者払の取扱いに関する申出書

氏名等		大・昭・平 年 月 日生		性別	男・女
免許証番号		第 号	免許取得年月日	昭・平・令 年 月 日	
施 術 所	名称				
	所在地	〒 電話番号 — —			
	施設	施術室面積	m ²		
		待合室面積	m ²		
消毒施設の概要					
遵守事項	別紙「確約書」のとおり				
受任者払の取り扱い をしようとする期間	2年間				

上記のとおり、受任者払の取扱いについて次の書面を添付して申し出ます。

添付書類

- ①確約書
- ②施術所の平面図及び付近の見取図
- ③柔道整復師免許証（写）
- ④施術所開設届（写）（保健所に提出した書類）
- ⑤指名機関登録（変更）報告書（診機様式第22号・第23号）

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

茨城労働局長 殿

確 約 書

労働者災害補償保険の療養（補償）給付たる療養の費用のうち柔道整復師の施術に係るものについての受任者払の取扱いを申し立てるに当たり、下記の事項を遵守することを確約いたします。

記

1. 施術所は、柔道整復師法施行規則第 18 条に定める構造整備の基準に適合したものとすること。
2. 傷病労働者が、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式第 7 号（3）又は第 16 号の 5（3）。以下「請求書」という。）により療養の費用を請求する際には、その都度、委任状を作成すること。
3. 請求書は、必要の都度、傷病労働者から提出させること。したがって、例えば、施術が長期にわたると見込まれる場合においても、予め事業主の証明を受け請求者欄に記名又は署名した請求書を必要以上に作成させたりしないこと。
4. 移送費（いわゆる通院費）については、受任者払の対象とならないので、その請求は、傷病労働者から直接所轄労働基準監督署長あてに行わせること。
5. 施術録の整備、施術に関する標準回数及び禁忌事項等を遵守すること。また、労災保険柔道整復師施術料金算定基準その他関係法令等を厳守すること。
なお、労災保険柔道整復師施術料金算定基準で定める料金以外の料金を傷病労働者又は事業主より徴収しないこと。
6. 先に提出した「登録（変更）報告書」の記載事項に変更があったとき及び施術所を廃止したときは、速やかに当該報告書を提出すること。

令和 年 月 日

氏 名

茨城労働局長 殿

開設者以外の柔道整復師が担当した施術に係る受任者払の申請書

受 任 者	(ふりがな) 柔道整復師		性 別	男 女		
	生年月日	大・昭・平	年	月	日生	
	免許番号	No.	(取得) 昭・平・令	年	月	日
	施術所における 地位(注1)	1 開設者 → 指定・指名番号(注2)				
2 開設者以外 → 添付書類：「受任者選任届」(様式第1号-3)						
施 術 所	名 称					
	所 在 地	郵便番号	—			
		電話番号	— —			
過去の指名施術所の取消しの有無 (注3) [有 ・ 無]						
添付書類： 「柔道整復師法第19条第1項の規定に基づく施術所の届出」(写) 「柔道整復施術費用の受任者払に係る同意書」(様式第1号-2)						

注1 「施術所における地位」欄は、受任者が開設者であるか否か、該当する番号をまるで囲むこと。

2 「指定・指名番号」欄は、受任者が「1 開設者」に該当する場合であって、既に昭和34年8月5日付け基発第545号「柔道整復師に対する療養補償費の受任者払の取扱いについて」等に基づき指名を受けている場合は、その番号を記載すること。

3 施術所が過去に指名施術所としての取消しを受けている場合は、原則として当該取消し後5年を経過していること。

上記の施術所について「開設者以外の柔道整復師が担当した施術に係る療養(補償)給付たる療養の費用の受任者払の取扱規定」の諸事項を遵守することを確約し、施術所の指名を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 電話番号

(受任者) (—) (— —)

柔道整復師の住所 _____

氏 名 _____

(記名又は署名)

茨城労働局長 殿

柔道整復施術費用の受任者払に係る同意書

[施術所の名称 :]

上記施術所において柔道整復業務に従事する柔道整復師として「開設者以外の柔道整復師が担当した施術に係る療養（補償）給付たる療養の費用の受任者払の取扱規程」（以下「取扱規程」という。）の「5 実施上の注意点」に定める事項を遵守し、柔道整復師 _____ が取扱規程の定める「3 受任者」となることについて同意します。

[] 労働局長 殿

柔道整復業務に従事する柔道整復師			
1	(ふりがな) (氏名)		大・昭・平 年 月 日生
			免許番号:
			免許取得: 昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -)	
2	(ふりがな) (氏名)		大・昭・平 年 月 日生
			免許番号:
			免許取得: 昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -)	
3	(ふりがな) (氏名)		大・昭・平 年 月 日生
			免許番号:
			免許取得: 昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -)	
4	(ふりがな) (氏名)		大・昭・平 年 月 日生
			免許番号:
			免許取得: 昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -)	
5	(ふりがな) (氏名)		大・昭・平 年 月 日生
			免許番号:
			免許取得: 昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -)	
6	(ふりがな) (氏名)		大・昭・平 年 月 日生
			免許番号:
			免許取得: 昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 -)	

受任者選任届

施術所	名称	
	所在地	
受任者氏名		

上記の施術所において、柔道整復師が担当した施術に係る療養（補償）給付たる療養の費用に関し、上記の柔道整復師を「開設者以外の柔道整復師が担当した施術に係る療養（補償）給付たる療養の費用の受任者払の取扱規程」による受任者として選任します。

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

施術所の開設者

(記名又は署名)

労災保険指定・指名機関辞退届

指定・指名機関等	労災保険指定・指名番号								
	名 称								
	所 在 地								

上記の指定・指名機関について、下記の理由により指名を辞退したく届出いたします。

辞退年月日	令和 年 月 日
辞 退 理 由	

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

開設者 住 所

氏 名
