

親 ひとり親家庭等医療助成費、乳 乳幼児医療助成費、子 義務教育就学児医療助成費

及び青 高校生等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5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
-----------------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

施術管理者	フリガナ	トウキョウ タロウ	生年月日	昭・平・令
	氏名	東京 太郎		40年1月1日生
	免許証番号	123456号	免許年月日	昭・平・令 16年10月1日

術所	フリガナ	トチョウセイコツイン	特に、ビル名等の記載漏れにはご注意ください
	名称	都庁整骨院	
	〒333-3333 東京都西新宿2-8-1 新宿ビル1階 TEL 03 (1111) 2222		

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。

術所	フリガナ	カブシキガイシャトウキョウ ダイヒョウトリシマリヤク シンジュクハナコ
	開設者氏名	株式会社東京 代表取締役 新宿花子
	開設者住所	〒333-3333 東京都新宿区西新宿1-1-1 西新宿ビル1階 TEL 03 (1111) 1111

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	有	中止年月日	年 月 日
	無	当該都道府県知事	

「親 ひとり親家庭等医療助成費、乳 乳幼児医療助成費、子 義務教育就学児医療助成費及び青 高校生等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5年 6月 10日

東京都知事 殿

※東京都記入欄

関東信越厚生局 承諾年月日	年 月 日
申出日 (收受日)	年 月 日
取扱開始日	年 月 日

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