



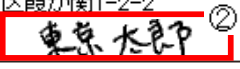

いつも大変お世話様でございます。

平成31年1月施術から受領委任制度を導入する保険者に使用する、鍼灸とマッサージの申請書 署名捺印方法をご案内いたします。

対象の受領委任払い用の申請書型番(右下に印字)

マッサージ : R本-1、R関-1

鍼灸 : A本-1、A関-1

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	施術所	所在地	東京都中央区銀座4-6-16		
申請欄	登録記号番号(又は申し出た施術者登録番号)	名称	銀座マッサージ治療院	電話	03-3562-1111
	13000017-0-2	施術管理者 氏名	田中 良子		
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。		〒100-8916		
	申請者(被保険者)	住所	東京都千代田区霞が関1-2-2	氏名	東京 太郎 ①  電話 03-5253-1111
支払機関連欄	支払区分	振込	預金の種類	普通	金融機関名
	口座名義(カタカナで記入)	カ)メディックス	口座番号	0063877	りそな銀行 虎ノ門支店
同意記録欄	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	安部 隼人	東京都文京区本郷3-1-3	平成30年11月1日	上記「傷病名」に同じ	30/11/01~31/04/30
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
申請者(被保険者)	住所	東京都千代田区霞が関1-2-2	代理人	住所	東京都千代田区神田淡路町1-1-1KA111
	氏名	東京 太郎 ②  		氏名	株式会社メディックス 代表取締役 金地龍夫
※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。 ※ 施術管理者及び申請者(被保険者)の記名押印は署名でも差し支えありません。 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。					

R本-1

- ① 申請欄 : 委任欄に印刷されている氏名と同内容を、ご本人が署名する。
※記名押印は署名でも差し支えないと記載があるので、署名があれば捺印は必須ではありません。
- ② 委任欄 : 印字されている氏名の横に、ご本人が署名する。
※記名押印は署名でも差し支えないと記載があるので、署名があれば捺印は必須ではありません。

但し、ご本人が身体的理由により署名できない場合で代筆となった場合は、2箇所とも被保険者印の捺印が必要となります。

ご不明点ございましたら、鍼灸マッサージ審査部までお問い合わせください。

株式会社メディックス
鍼灸マッサージ審査部
TEL03-3255-1095