栃木県後期高齢者医療広域連合長　様

**誓約書**

　私は、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱いについて、地方厚生(支)局（地方厚生(支)局が所在しない都府県にあっては地方厚生(支)局都府県事務所）へ受領委任の取扱いの申出に関する書類一式を**年　　　　月　　　　日**に提出しました。

今後は、関係法令、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」（平成４年５月22 日保発第57 号、その後の改正を含む。）及び「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（平成16 年10 月１日保医発第1001002 号、その後の改正を含む。）その他の通達等並びに受領委任の取扱規程を遵守し、療養費の請求に係る事務を行うことを誓約いたします。

年　　　　月　　　　日

誓約者（施術管理者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

施術所名称（※）

施術所所在地（※）

※専ら出張のみにより自ら施術を行う施術者（出張専門施術者）として受領委任の取扱いの申出に関する書類一式を提出している場合には、「施術所名称」は「同上」と記載し、「施術所所在地」は自らが待機等する一つの拠点（出張の起点であり、自宅の住所）を記載する。