

柔道整復療養費（地方公務員共済組合）の受領委任の取扱いに係る申出書

(フリガナ) 氏名				男 ・ 女
	(西暦) 年 月 日生			
免許証番号	第 号	免許年月日	(西暦) 年 月 日	
施術所	(フリガナ) 名 称			
	(フリガナ) 所在地	〒 ー		
		電話番号 (ー ー)		
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	3年間（ただし、期間満了1月前までに特段の意思表示のない場合には、期間満了の日の翌日において、更に3年間順次更新をしたものとする。）			
申出前2年間に おける受領委任 の取扱いの中止	有 ・ 無	中止年月日	(西暦) 年 月 日	

上記のとおり、受領委任の取扱いについて申し出ます。

(西暦) 年 月 日

一般社団法人 地方公務員共済組合協議会

会 長 板 倉 敏 和 殿

〒 ー

住 所

氏 名

電話番号 (ー ー)