

平成 年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

(施術機関・団体等名)

_____は、代理受領者_____以下、
従業者等登録票及び役員名簿に記載されている者について、療養費の支給
基準、「山形県後期高齢者医療広域連合はり師、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代理受領を行う者に関する基準」、
「山形県後期高齢者医療広域連合はり師、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代理受領に関する事務取扱要綱」及び
留意事項通知を理解し遵守したうえで、被保険者に対し適正な施術を提供
し、また、申請にあたっては厳正かつ誠実に履行することを誓約します。

住所

施術機関・団体等名称

代理受領者氏名

印