

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

## 誓 約 書

\_\_\_\_\_の代理受領の取扱による療養費申請について、代理受領者\_\_\_\_\_を事務管理者として、従業者等登録票及び役員名簿に記載されている者は、療養費の支給基準及び「秋田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」と「秋田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領」及び留意事項通知を遵守したうえで、被保険者に対しては適正な施術を提供し、申請行為にあたっては厳正かつ誠実に履行します。

住所

\_\_\_\_\_

施術機関・団体等名称

\_\_\_\_\_

代理受領者氏名

\_\_\_\_\_

印