

決裁	課長	係長	係

帳票種別

3 4 5 6 1

労災指定病院等登録(変更)報告書

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し(▼)の所を谷に2つ折りして下さい。

※印の欄は記入しなくてください。(職員が記入します。)
◎裏面の注意事項をよく読んで上で、記入して下さい。

①指定番号：新規登録の場合は無記入 	②指定コード 1…労災指定医療機関のみ 3…二次健診等給付医療機関のみ 5…労災指定医療機関及び二次健診等給付医療機関	③変更コード 無記入…新規に登録するとき 1…追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済) 3…登録している内容を変更するとき 5…登録を取消するとき 7…指定取消年月日を取消するとき
-----------------------	--	--

④医療機関名(カタカナ)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。	⑩局コード ※
⑤(ツヅキ)	⑪形態別
⑦医療機関名(漢字)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。	
⑧(つづき)	
⑨代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。	
⑩代表者の氏名(漢字)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。	

⑪郵便番号 	⑫電話番号：左詰めで記入してください。また、市外局番、市内局番及び番号の間に(-) (ハイフン)を記入してください。
⑫所在地(カタカナ)：市郡区から記入して下さい。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。	
⑬(ツヅキ)	
⑭(ツヅキ)	
⑮所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。	
⑯(つづき)	

⑰一括コード (労災指定医療機関) 一括…1 取消…3	⑱一括番号(労災指定医療機関)	⑳指定年月日(労災指定医療機関) 元号 年 月 日 ※	㉑指定取消年月日(労災指定医療機関) 元号 年 月 日 ※
⑰一括コード2 (二次健診等給付医療機関) 一括…1 取消…3	㉒一括番号2(二次健診等給付医療機関)	㉓指定年月日2(二次健診等給付医療機関) 元号 年 月 日 ※	㉔指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関) 元号 年 月 日 ※

口座関係1(労災診療費)	振込金融機関名 銀行 金庫 組合	振込店舗名 本店 支店 代理店 出張所	㉕金融機関コード 金融機関コード 店舗コード ※
㉖預金種別 普通…1 当座…3 通知…5 別段…7	㉗預金の口座番号(左ゾメ)		
㉘口座名義人(カタカナ)：法人の種類と名称の間は1字あけて記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。			
㉙(ツヅキ)			

提出年月日 年 月 日
指定病院等の名称

代表者の氏名
