様式第１号

労災保険二次健康診断等給付医療機関指定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院（診療所） | 指定番号 |  |  |  |  |  |  | 記入する必要はありません。労災保険指定医療機関以外は |  |
| フリガナ |  |
| 名　称 |  |
| フリガナ |  |
| 所在地 |  |
| フリガナ |  |
| 開設者 |  |
| 診療科 |  |

* 労災保険指定医療機関は開設者、診療科の記入は不要です。

　上記の病院（診療所）を労働者災害補償保険法施行規則第１１条の３第１項の規定による労災保険二次健康診断等給付医療機関として指定されたく、関係資料を添えて申請します。

　なお、指定されたときは「労災保険二次健康診断等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則」及び「労災保険二次健康診断等給付担当規程」等の諸条項を遵守し労働者災害補償保険法第２６条の規定による二次健康診断等給付に従事することを承諾いたします。

 令和　　　年　　　月　　　日

　　住　所

　　　　　　　　　開設者

氏　名

　島根労働局長　殿