

労災指定病院等登録（変更）報告書（様式第 20 号）記入時の注意点

1 □□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読み取るので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、糊づけしたりしないでください。

2 ⑦、⑧、⑩、⑮及び⑯の漢字文字欄にはアルファベットが記入できますが、カナ文字欄にはアルファベットが記入できないので、カナ文字欄においてはカタカナに直して記入してください。（例）

エ	ー	エ	ム
---	---	---	---

3 カナ文字欄の濁点、半濁点は1文字として取り扱ってください。

（例）

ホ	°	ン	ト	°
---	---	---	---	---

4 漢字文字欄の濁点、半濁点は1文字として取り扱わないでください。

（例）

ポ	ン	ド	
---	---	---	--

5 記載すべき事項のない記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には、事項に付されている番号を記入枠に記入してください。

6 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ、アラビア数字及び楷書で明瞭に記載してください。

7 ①については、既に労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として指定番号を有している場合、当該指定番号を記入してください。

8 ④から⑧まで、（⑥を除く。）については、医療機関名を判読し易いよう適宜空欄で区切り（法人の種類と名称の間は1文字空けて記入してください。）、左詰めで記入してください。また、④から⑤までについては、光学式文字読取装置（OCR）では括弧は判読できないため、「(」は「#」に、「)」は「+」に記号を変えて記入してください。

なお、④から⑤までについて、枠内に記入しきれないときは、下記の略語を用い、略語の次に「+」を必ず記入してください。

用 語	略 語	用 語	略 語
株 式 会 社	カ	学 校 法 人	ガ ク
医 療 法 人	イ	社 会 福 祉 法 人	フ ク
財 団 法 人	ザ イ	国 民 健 康 保 険 組 合	コ ク ホ
社 会 法 人	シ ヤ	健 康 保 険 組 合	ケ ン ポ

9 ⑥については、下記に該当するコードを記入してください。

国立…………… 0 1

公立（都道府県、市、区、町、村営）……………	03
社会保険関係団体……………	05
公益法人……………	07
労災病院……………	08
医療法人……………	09
事業場（事業場付属病院、診療所）……………	11
その他の法人（独立行政法人国立病院機構 及び国立大学法人に属する病院を含む）……………	13
個人……………	15

10 ⑫から⑯までについては、判読し易いよう適宜空欄で区切り、左詰めで記入してください。
なお、番地は数字、ハイフン「-」を使用してください。

11 ⑱については、労災診療費の受領を特定の団体に委任（一括の登録）又は取消（一括の取消）した場合に、一括コードを記入してください。

12 ㉒については、二次健診等費用の受領を特定の団体に委任（一括の登録）又は取消（一括の取消）した場合に、一括コードを記入してください。

13 口座関係1の㉗から㉙までについては、労災診療費の振込先を記入してください。ただし、既に二次健診等費用の振込先を有しており、同様の振込先を希望する場合は記入しないでください。

14 ㉚「預金の口座番号」を変更する場合は、㉗「預金種別」も併せて記入してください。

15 ㉛から㉝までを記入する場合、④から⑧まで（⑥を除く。）の記入事項で示した略語に該当するものは、上記の略語を用い、略語の次に必ず「+」を記入してください。

16 記入後は下記提出先まで郵送又は持参してください。なお、提出の前にコピーを取り、控えとして保管してください。

※裏面に提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記入してください。

〈提出先・照会先〉

〒690-0841

松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎5階 島根労働局労働基準部労災補償課医療係

TEL 0852-31-1159