

労災指定病院等登録（変更）報告書（様式第 21 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 カナ文字欄にはアルファベットが記入できないので、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	ゝ
---	---	---	---	---
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 口座関係2の⑥から⑩までについては、二次健診等費用の振込先を記入してください。ただし、既に労災診療費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。
- 8 口座関係3の⑦から⑩までについては、労災診療費の振込先と異なるアフターケア委託費の振込先を希望する場合は②に「1」を記入した上で振込先を記入してください。
- 9 ②及び⑧「預金の口座番号」を変更する場合は、⑩及び⑦「預金種別」も併せて記入してください。
- 10 口座関係2の⑥から⑩まで及び口座関係3の⑦から⑩までを記入する場合、光学的文字読取装置（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⑥まで及び⑦から⑩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 団 法 人	シ ヤ	健 康 保 険 組 合	ケ ン ポ

11 労災診療費の振込先と異なる二次健診等費用の振込先を労災診療費の振込先へ変更する場合は、㊸「取消コード」に「9」を、アフターケア委託費の振込先を労災診療費の振込先へ変更する場合は、㊹「取消コード2」に「9」を記入してください。

12 記入後は下記提出先まで郵送または持参してください。なお、提出の前にコピーをとり、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