

|        |     |     |   |
|--------|-----|-----|---|
| 決<br>裁 | 課 長 | 係 長 | 係 |
|        |     |     |   |

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、記入して下さい。

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つ折りにして下さい。

|                                                                |  |                                                                      |  |                                                                                                                      |  |                        |  |
|----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| 帳 票 種 別<br>34561                                               |  | 労災指定病院等登録(変更)報告書                                                     |  | 裁                                                                                                                    |  |                        |  |
| ①指定番号：新規登録の場合は無記入<br>※新規登録の場合は職員が記入します。                        |  | ②指定コード<br>1…労災指定医療機関のみ<br>3…二次健診等給付医療機関のみ<br>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<br>無記入…新規に登録するとき<br>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)<br>3…登録している内容を変更するとき<br>5…登録を取消するとき<br>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。 |  | ⑤(ツツキ)                                                               |  | ⑥局コード<br>※                                                                                                           |  | ⑦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(ー) (ハイフン)を記入してください。           |  |                                                                                                                      |  |                        |  |
| ⑬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。               |  | ⑭(ツツキ)                                                               |  |                                                                                                                      |  |                        |  |
| 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<br>(労災指定医療機関)                                           |  | ⑱一括番号(労災指定医療機関)                                                      |  | ⑲指定年月日(労災指定医療機関)                                                                                                     |  | ⑳指定取消年月日(労災指定医療機関)     |  |
| ⑳一括コード2<br>(二次健診等給付医療機関)                                       |  | ㉑一括番号2(二次健診等給付医療機関)                                                  |  | ㉒指定年月日2(二次健診等給付医療機関)                                                                                                 |  | ㉓指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関) |  |
| 口座関係1(労災診療費)                                                   |  | 振込金融機関名                                                              |  | 振込店舗名                                                                                                                |  | ⑳金融機関コード               |  |
| ⑳預金種別                                                          |  | ㉑預金の口座番号(左ヅメ)                                                        |  |                                                                                                                      |  | 金融機関コード   店舗コード        |  |
| ㉒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。 |  |                                                                      |  |                                                                                                                      |  |                        |  |
| ㉓(ツツキ)                                                         |  |                                                                      |  |                                                                                                                      |  |                        |  |

提出年月日                      年      月      日  
指定病院等の名称

代 表 者 の 氏 名

[注意]

1 以下の標準字体を参照すること。

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| ア | イ | ウ | エ | オ | カ | キ | ク | ケ | コ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9   |
| サ | シ | ス | セ | ソ | タ | チ | ツ | テ | ト |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
| ナ | ニ | ヌ | ネ | ノ | ハ | ヒ | フ | ヘ | ホ | + | - | . | 「 | 」 | # | * | ¥ | ÷ | ( ) |
| マ | ミ | ム | メ | モ | ヤ | ユ | ヨ | ラ | リ | 「 | 」 |   |   |   |   |   |   |   |     |
| ル | レ | ロ | ワ | ヲ | ン | 。 | 〃 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |

- 2  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。
- 3 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
- 4 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。ントッ
- 5 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）ポンドッ
- 6 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。
- 7 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式左上に付された「標準字体」にならって、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りょうに記載してください。
- 8 この報告書はノーカーボンの2枚複写式となっていますから、記入後は提出用を所轄労働基準監督署長を経由して指定を受けた労働局長へ提出し、控は医療機関で保管してください。
- 9 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。
- 10 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 団 法 人 | シ ャ | 健 康 保 険 組 合 | ケンボ |

- 11 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）…………… 0 3
- 社会保険関係団体…………… 0 5
- 公益法人…………… 0 7
- 労災病院…………… 0 8
- 医療法人…………… 0 9
- 事業場（事業場付属病院、診療所）…………… 1 1
- 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）…………… 1 3
- 個人…………… 1 5
- 12 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。
- 13 ⑮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。
- 14 ⑯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。
- 15 口座関係1の⑳から㉑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。
- 16 ㉒「預金の口座番号」を変更する場合は、㉓「預金種別」も併せて記入してください。
- 17 ㉔から㉕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。

※提出用の裏面に、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名又は署名してください。