

決 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

◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、記入して下さい。

帳票種別 34562 労災指定病院等登録(変更)報告書

① 指定番号	② 指定コード	③ 変更コード
	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	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

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入して下さい。

④ ☐ 内科 ⑤ ☐ 心療内科 ⑥ ☐ 精神科 ⑦ ☐ 神経科 ⑧ ☐ 神経内科 ⑨ ☐ 呼吸器科 ⑩ ☐ 消化器科

⑪ ☐ 胃腸科 ⑫ ☐ 循環器科 ⑬ ☐ アレルギー科 ⑭ ☐ リウマチ科 ⑮ ☐ 外科 ⑯ ☐ 整形外科 ⑰ ☐ 形成外科

⑱ ☐ 脳神経外科 ⑲ ☐ 呼吸器外科 ⑳ ☐ 心臓血管外科 ㉑ ☐ 皮膚泌尿器科 ㉒ ☐ 皮膚科 ㉓ ☐ 泌尿器科 ㉔ ☐ 肛門科

㉕ ☐ 眼科 ㉖ ☐ 気管食道科 ㉗ ☐ 耳鼻咽喉科 ㉘ ☐ リハビリテーション科 ㉙ ☐ 歯科 ㉚ ☐ 放射線科

㉛ ☐ 矯正歯科 ㉜ ☐ 歯科口腔科 ㉝ ☐ 麻酔科 ㉞ ☐ 小児科 ㉟ ☐ 小児外科 ㊱ ☐ 性病科 ㊲ ☐ 美容外科

㊳ ☐ 産婦人科 ㊴ ☐ 産科 ㊵ ☐ 婦人科 ㊶ ☐ 小児歯科 ㊷ ☐ 理学診療科 ㊸ ☐ 全科 ㊹ ☐ その他

※ 数字は右詰めで記入にしてください。

⑮医師数 千 百 十	⑯看護師数 千 百 十	⑰薬剤師数 百 十	⑱その他の従業員数 千 百 十	⑲病床数 千 百 十	⑳局コード ※

口座関係 2 (二次健診等費用)

[illegible]

口座関係3 (アフターケア委託費)

[illegible]

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 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）
- 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）
- 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、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瞭に記載してください。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 口座関係2の⑤④から⑤⑤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。
- 10 口座関係3の⑥⑥から⑥⑩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。
- 11 ⑤②及び⑤⑤「預金の口座番号」を変更する場合は、⑤①及び⑤⑦「預金種別」も併せて記入してください。
- 12 口座関係2の⑤④から⑤⑤まで及び口座関係3の⑥⑥から⑥⑩までを記入する場合、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、⑤④から⑤⑤まで及び⑥⑥から⑥⑩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	ケンポ

- 13 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を希望する場合は、⑤③「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を希望する場合は、⑤⑨「取消コード2」に「9」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。