労災保険指定医療機関変更届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開　設　者　氏　名 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 診　療　科　目 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 医療機関施設等概要書に記載した重要事項等 | 新 |  |
| 旧 |  |

　　上記のとおり変更したので届け出ます。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　労災保険指定医番号：　０５

　　　　　　　　　　指定病院の名称：

代表者氏名：

（開設者又は管理者)

秋田労働局長　殿

（注）記載すべき事項のない欄には斜線を引くこと。