様式第１号

労災保険指定医療機関指定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院（診療所） | 名　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　－　　　　）　 |
| 管理者 |  |
| 診療科 |  |

　　　上記の病院（診療所）を労働者災害補償保険法施行規則第１１条第１項の規定に

よる病院（診療所）として指定されたく、関係書類を添えて申請します。

　　　なお、指定されたときは「労災保険指定医療機関療養担当規程」及び「労災診療

費算定基準」等の諸条項を遵守し、

　　　労働者災害補償保険法第１３条第１項、第２２条の規定による療養の給付及び

同法第２９条第１項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア及

び外科後処置

　　に従事することを承諾いたします。

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（郵便番号　　　　　　－　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　氏　名：

　　　秋　田　労　働　局　長　　殿

　　　※　法第２９条第１項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア、外科後処置

　　　　の担当を希望しない場合は、上記［　］欄の当該箇所を削除すること。