

年 月 日

福井労働局長 殿

開設者又はその
委任を受けた者
の住所、職業及び氏名

労災保険指定医療機関変更届について

下記のとおり変更がありましたので、労災保険指定医療機関療養担当規定第22条に基づき、関係書類を添えて届け出ます。

記

- 1 指定医療機関名
- 2 変更事項
- 3 変更年月日

変更事項の届出

- (1) 指定医療機関の開設者又は管理者に異動があったとき
- (2) 名称又は所在地に変更があったとき
- (3) 振込口座に変更があったとき
- (4) 診療科名又は病床数に変更があったとき
- (5) 健康保険診療報酬の算定に関する届出事項等に変更があったとき
- (6) 指定申請の際に提出した医療機関施設等概要書に記載した重要事項、その他、福井労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき