

決 裁	課長	係長	係

帳票種別

34561

# 労災指定病院等登録(変更)報告書

①指定番号：新規登録の場合は無記入

※新規登録の場合は職員が記入します。

②指定コード

③変更コード

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  
 5…登録を取消するとき  
 7…指定取消年月日を取消するとき

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。

※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で上で、記入して下さい。

名  
称

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。

⑩局コード

⑤(ツヅキ)

⑩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。

郵便番号及び所在地

⑪郵便番号

電話番号

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(-) (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(ツヅキ)

⑮(ツヅキ)

⑯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。

⑰(つづき)

指定関係

⑱一括コード (労災指定医療機関)

⑲一括番号(労災指定医療機関)

⑳指定年月日(労災指定医療機関)

※ 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

㉑指定取消年月日(労災指定医療機関)

※ 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

㉒一括コード2 (二次健診等給付医療機関)

㉒一括番号2 (二次健診等給付医療機関)

㉓指定年月日2 (二次健診等給付医療機関)

※ 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

㉓指定取消年月日2 (二次健診等給付医療機関)

※ 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

口座関係1 (労災診療費)

振込金融機関名

銀行  
金庫  
組合

振込店舗名

本店  
支店  
代理店  
出張所

㉔金融機関コード

金融機関コード | 店舗コード

㉕預金種別

㉕預金の口座番号(左ゾメ)

㉖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。

㉗(ツヅキ)

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

---

代表者の氏名

---