

決裁	課長	係長	係

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 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

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

※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 <input type="checkbox"/> 内科	⑤ <input type="checkbox"/> 心療内科	⑥ <input type="checkbox"/> 精神科	⑦ <input type="checkbox"/> 神経科	⑧ <input type="checkbox"/> 神経内科	⑨ <input type="checkbox"/> 呼吸器科	⑩ <input type="checkbox"/> 消化器科
⑪ <input type="checkbox"/> 胃腸科	⑫ <input type="checkbox"/> 循環器科	⑬ <input type="checkbox"/> アレルギー科	⑭ <input type="checkbox"/> リウマチ科	⑮ <input type="checkbox"/> 外科	⑯ <input type="checkbox"/> 整形外科	⑰ <input type="checkbox"/> 形成外科
⑱ <input type="checkbox"/> 脳神経外科	⑲ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	⑳ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	㉑ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	㉒ <input type="checkbox"/> 皮膚科	㉓ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	㉔ <input type="checkbox"/> 肛門科
㉕ <input type="checkbox"/> 眼科	㉖ <input type="checkbox"/> 気管食道科	㉗ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	㉘ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科	㉙ <input type="checkbox"/> 歯科	㉚ <input type="checkbox"/> 放射線科	
㉛ <input type="checkbox"/> 矯正歯科	㉜ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉝ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉞ <input type="checkbox"/> 小児科	㉟ <input type="checkbox"/> 小児外科	㊱ <input type="checkbox"/> 性病科	㊲ <input type="checkbox"/> 美容外科
㊳ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊴ <input type="checkbox"/> 産科	㊵ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊶ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊷ <input type="checkbox"/> 理学診療科	㊸ <input type="checkbox"/> 全科	㊹ <input type="checkbox"/> その他

※数字は右詰めで記入して下さい。

④ 医師数 千 百 + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑥ 看護師数 千 百 + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑦ 薬剤師数 百 + <input type="text"/> <input type="text"/>	⑧ その他の従業員数 千 百 + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑨ 病床数 千 百 + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑩ 局コード ※ <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	--	---	--	---

口座関係 2 (二次健診等費用)

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	⑤ 金融機関コード 「金融機関コード 店舗コード」 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑤ 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通…1 <input type="checkbox"/> 当座…3 <input type="checkbox"/> 通知…5 <input type="checkbox"/> 別段…7	⑥ 預金の口座番号(左ヅメ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑦ 取消コード <input type="text"/>			
⑧ 口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
⑨ (ツツキ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

口座関係 3 (アフターケア委託費)

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	⑤ 金融機関コード 「金融機関コード 店舗コード」 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑤ 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通…1 <input type="checkbox"/> 当座…3 <input type="checkbox"/> 通知…5 <input type="checkbox"/> 別段…7	⑥ 預金の口座番号(左ヅメ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑦ 取消コード 2 <input type="text"/>			
⑧ 口座名義人(カタカナ)：左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
⑨ (ツツキ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

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。

提出年月日 年 月 日
指定病院等の名称

代表者の氏名
