Ⅴ　労災診療費請求書等の作成及び請求手続き

1　請求書及び内訳書（レセプト）の種類

（1）請求書

①　労働者災害補償保険診療費請求書・・・・・・・・・診機様式第１号

②　検査に要した費用等請求書（指定医療機関用）・・診機様式第１号の２

「診断及び意見書提出の依頼について（診機様式第１５号の１及び２）」に係る診断書料及び意見書料の請求を行う際に使用するもので、労働基準監督署より送付されます。

（2）内訳書（レセプト）

【短期給付】

①　診療費請求内訳書（入院用）・・・・・診機様式第２号

②　診療費請求内訳書（入院外用）・・・・診機様式第３号

【傷病（補償）年金】

①　診療費請求内訳書（入院用）・・・・・診機様式第４号

②　診療費請求内訳書（入院外用）・・・・診機様式第５号

各種内訳書の摘要欄の枠に記入しきれない場合には、「診療費請求内訳書（続紙）」を使用します。内訳書や続紙の裏面には記入しないで、また資料等ののり付けは行わないで下さい。

※診療費関係様式一覧（Ｐ２７２）を参照ください。

2　請求書及び内訳書（レセプト）の記入上の注意

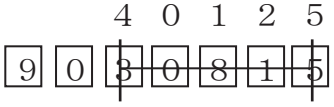
（1）　診療費請求書等は、ＯＣＲに直接読み取らせますので、□のＯＣＲ読み取り部については、診療費請求書の表面右上及びレセプトの裏面の「標準字体」にならって、黒ボールペンを使用しカスレないように、また、枠からはみ出したり小さすぎると、読み取りが正確に行えないため、枠の中に大きめに記入願います。

（2）　書き損じた場合は、修正ペン等は使用せず、次のように訂正願います。

＜訂正記載例＞

ア　１枠の場合

イ　複数枠の場合



枠の上下を少し超えるように縦に線を引き、枠の右上隅に正しい数字を記入します。

（注意）　請求書の「請求金額」欄は訂正することはできません。
書き損じた場合は、新しい用紙を使用してください。

3　「診療費請求内訳書」（レセプト）の記入要領（１５４ページ記入例参照）

診療費請求内訳書（レセプト）は、次により記入します。

指定病院等の番号及び病院等の名称		労災指定医番号（７桁）及び病院等の名称を、すべてのレセプト（続紙を含む。）に省略することなく記入します。
①	新継再別	次のいずれかのコード番号を記入します。 １「初診」・・・・災害発生後第１回目の請求の場合 ３「転医始診」・・他の労災指定医療機関から転医後の第１回目の請求の場合 ５「継続」・・・・前月より引き続き診療継続している場合 ７「再発」・・・・治ゆ後、症状の増悪等により、再度治療を要する場合 傷病（補償）年金へ移行後第１回目の請求の場合は「１新規」、傷病（補償）年金受給者の転医後第１回目の請求の場合は「５継続」を記入します。 「休業証明」等の文書料のみを請求する場合は、５「継続」を記入します。
②	転帰事由	療養期間末日時点の状態について、次のいずれかのコード番号を記入します。 １「治ゆ」、３「継続」、５「転医」、７「中止」、９「死亡」 「休業証明」等の文書料のみを請求する場合は、３「継続」を記入します。
④ ⑥ ⑦	労働保険番号 年金証書の番号 生年月日 傷病年月日	「療養(補償)給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第１６号の３）」又は「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第６号又は第１６号の４）」より転記します。 （注）　「労働保険番号は１４桁全て（枝番号がない場合、下３桁は「０００」を記入します。（「年金証書の番号は９桁全てを記入。） 「傷病年月日」は、負傷又は発病した日を記入します。初診年月日ではありません。
⑩	療養期間	診療費算定の基礎となった療養の期間を記入します。 （注）　「転記事由」に「１治ゆ」５「転医」７「中止」９「死亡」を記入する場合の療養終了日は、治ゆ、転医、中止、死亡の年月日となります。

		「休業証明」等の文書料のみを請求する場合は、療養期間は休業証明を行った年月日（期間の前後とも同じ年月日）を記入します。なお、当該証明に係る休業証明期間を摘要欄に記載して下さい。
⑪	診療実日数	実際に診療した日数を右詰めで記入します。 「休業証明」等の文書料のみの請求の場合は「９９９」と記入します。
⑬	合計額	当該請求内訳書の総額を右詰めで記入します。￥マークは記入しないで下さい。 入院の場合・・・・内訳書小計　㋑＋㋺＋㋩ 入院外の場合・・・内訳書小計　㋑＋㋺
労働者の氏名 事業の名称 事業場の所在地		「療養(補償)給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第１６号の３）」又は「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第６号又は第１６号の４）」より転記します。
傷病の部位 及び傷病名 傷病の経過		今回の労災に係る傷病の部位及び傷病名、治療内容・経過・予定等を記入します。 ａ．診療録から誤りのないよう転記します。 ｂ．四肢等の傷病部位は、左右を誤らないよう記載します。 ｃ．複数の診療料で受診している場合は、それぞれの診療料における主たる傷病のみではなく、各診療科に係る全ての傷病の部位及び傷病名を記載します。 ｄ．「検査病名・投薬病名」については、その理由を付して「傷病の経過」欄に記載します。 ｅ．労災患者の療養が長期にわたる場合に、当初の傷病と関連する傷病が発症（偽関節、骨髄炎等）したときにおいても、必ず当初の傷病も記載します。 ｆ．治ゆした傷病名については記載不要とします。

注１「高血圧症」「高脂血症」「糖尿病」「不整脈（疑い）」「心筋梗塞（疑い）」等脳・心臓疾患事案の場合を除き、私病の傷病名はレセプトに記入しないでください。労災の治療と関連があると判断した場合は、関連があると判断した理由等をレセプトに記載してください。

注２　労災診療は業務災害又は通勤災害によって被った負傷又は疾病を対象としています。

基礎疾患等に対する薬剤投与は原則として算定できません。ただし、基礎疾患等に対する治療が業務災害又は通勤災害の治療上明らかに必要と認められた場合には保険給付の対象になります。この場合には、基礎疾患の治療を必要とした理由を必ず付記してください。

※　歯科診療に係る診療内容を記載する労災保険の診療費請求内訳書は様式化されておりませんので、診療内容については健康保険の診療報酬明細書を用いて記載し、それ

を労災保険の診療費請求内訳書に添付して請求するようにお願いします。

その際、初診料と再診料は労災保険の定額になることに留意願います。

4　「労働者災害補償保険診療費請求書」の記入要領（１５３ページ記入例参照）

（1）診療費請求書の作成単位

①　初回分（再発分及び傷病（補償）年金への移行後の初回を含む。）

継続分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成します。

なお、レセプトには各様式（様式第５号、様式第１６号の３、様式第６号、様式第１６号の４）を必ず添付して下さい。

②　継続分

初回分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成します。

※　なお、総レセプト枚数が１０枚以下の場合は、初回分と継続分を１枚の診療費請求書にまとめて作成して下さい。

（2）診療費請求書の記入要領

診療費請求書は、次により記入します。

①	指定病院等の番号	福島労働局長が、労災指定医療機関として指定通知した番号（７桁の番号）を記入します。
③	請求金額	当該請求書に添付するレセプトの「⑬の合計額」を足し合わせた総合計金額を、右詰めで記入します。金額の頭には、必ず￥マークを記入してください。 書き損じた場合は訂正を行わず、新しい請求用紙を使用してください。
④	内訳書添付枚数	当該請求書に添付するレセプトの総枚数を右詰めで記入します。 （注）「療養(補償)給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書（様式第５号又は第１６号の３）」又は「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第６号又は第１６号の４）」、「続紙」の枚数は含めません。
⑤	請求年	当該請求書に添付しているレセプトの診療年月を記入します。 診療年月が混在する場合は、直近の診療年月を記入します。
⑥	請求月	
診療費の内容		当該請求書に添付しているレセプトのうち、１枚目の患者の氏名及びその他の患者の実数を記入します。

請　求　年　月　日	当該請求書を提出（発送）する年月日を記入します。
請求人（責任者氏名）	請求人（医療機関）の郵便番号・住所・責任者氏名・電話番号を記入します。記入はゴム印等でも構いませんが、「責任者氏名」欄の記名押印又は署名は必ず行って下さい。（押印は省略できます）

5　請求書・レセプトの編綴順序

（1）初回分（傷病（補償）年金へ移行後の初回を含む。）

継続分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成しますので、１枚の請求書に初回分の全レセプトを編綴します。

なお、初回分のレセプトには各様式（様式第５号、様式第１６号の３、様式第６号、様式第１６号の４）を必ず添付して下さい。

具体的には以下のとおりとします。

診療費請求書に添付するレセプトは、業務災害分、通勤災害分の順とし、初診時に労災患者が提出した「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付請求書」（様式第５号及び第１６号の３）又は「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第６号及び１６号の４）の後にレセプトを綴じ、また、傷病（補償）年金に移行された労災患者より「療養（補償）給付及び複数事業労働者療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第６号及び１６号の４）が提出された場合は、その後に当該届とレセプトを業務災害分、通勤災害分の順に並べて１冊に綴じてください。下記の〔請求書・レセプトの編綴順序〕を参照してください。

（2）継続分

初回分と同様に、傷病労働者の事業場の所在地に関係なく一括して請求書を作成しまので、１枚の請求書に継続分の全レセプトを編綴します。

具体的には以下のとおりとします。

診療費請求書に添付するレセプトは、業務災害分、通勤災害分の順とし、傷病（補償）年金分がある場合は、その後尾に業務災害分、通勤災害分の順に並べて綴じてください。

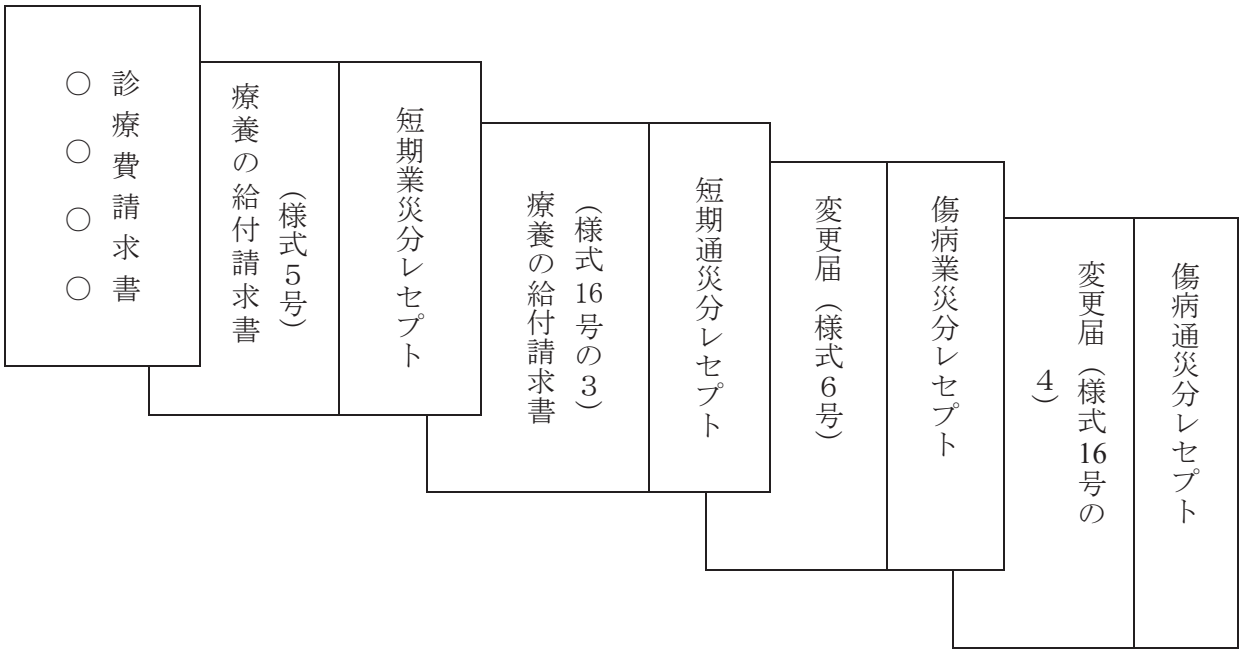
（3）請求書・レセプトの綴じ方

診療費請求書及びレセプトは、請求書単位で束全体を紐・こより等で左最上部の綴じ込み穴の１ヶ所を綴ってください。

また、診療費請求書、レセプト及び療養の給付請求書は、ＯＣＲに入力します

力ので、のり付けや、ホッチキス等は使用せず、別に穴をあけたり、折り曲げたりしないようにしてください。

〔請求書・レセプトの編綴順序〕



6　診療費請求書等の提出先

編綴した診療費請求書等は、労災指定医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に提出します。

よって、福島県内の労災指定医療機関等にあっては以下のとおりとなります。

〒９６０－８１１２
福島市花園町５－４６
福島第二地方合同庁舎３階
福島労働局労働基準部労災補償課医療係
電話　０２４－５２９－５３７６
E-mail　fukushima-rousai-iryou@mhlw.go.jp

7　診療費請求書の提出期限

提出期限は、原則として毎月１０日です。（福島労働局着が１０日）

ただし、当該日が閉庁の場合は、１０日以降の直近の開庁日が提出締切日となります。

８　診療費の支払い及び通知

福島労働局に提出された請求書は、審査結果に基づき、原則として提出日の翌月中頃に厚生労働省から各労災指定医療機関へ審査結果（請求金額、支払金額、不支給金額、及びエラー保留金額）が通知されます。

また、支払いとなったものについては各労災指定医療機関の指定する金融機関口座へ振り込まれます。

なお、上記７の提出期限を過ぎた受付の診療費請求書は、翌月の処理扱いとなります。

９　用紙の調達方法

下記の各請求用紙は、福島労働局労働基準部労災補償課医療係、又は最寄りの労働基準監督署より交付を受けて下さい。

（１）請求書

①　労働者災害補償保険診療費請求書・・・診機様式第１号

（２）内訳書（レセプト）

【短期給付】

①　診療費請求内訳書（入院用）・・・・・診機様式第２号

②　診療費請求内訳書（入院外用）・・・・診機様式第３号

【傷病（補償）年金】

①　診療費請求内訳書（入院用）・・・・・診機様式第４号

②　診療費請求内訳書（入院外用）・・・・診機様式第５号

（３）「診療費請求内訳書（続紙）」

１０　差額診療費請求書の作成及び請求手続き

既に提出した診療費に請求もれ又は請求誤りがあり、その差額を請求する場合は次により請求してください。

（１）差額診療費請求書の作成

差額診療費請求書は、次により作成して下さい。

③	請求金額	請求する差額の金額を記入します。
④	内訳書添付枚数	差額診療費請求書に添付するレセプトの枚数（既に請求済となった誤請求分のレセプト写及び続紙の枚数は除く。）を記入します。
⑤ ⑥	請求年 請求月	誤請求した診療費請求書の請求年及び請求月を記入します。
差額診療費の内訳		診療費請求書の「上記金額を請求します。」の末尾に、括弧書きで「差額請求分」と記載します。

<差額診療費請求書記入例>

③請求金額	④内訳書添付枚数
百万　千　円 ¥ 1 1 8 8 0 金額の頭に¥マークを付けて下さい。	枚 1

⑤請求年　⑥請求月　※　修正欄

ただし、 9 8 年　2 月分

○ ○ ○ ○ほか、１名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。　**（差額請求分）**

（２）差額請求レセプトの作成

差額請求のレセプトは、次により誤請求したレセプトごとに作成し、誤請求したレセプトの写しを添付してください。

ＯＣＲ読取り項目	①②④⑥⑦⑩⑪の項目は、誤請求したレセプトより転記します。
差額請求する診療項目	（ア）算定の誤りの場合 摘要欄に、「差額請求する理由」「診療項目番号」及び「適正算定」「誤算定」に区分し、「算定内訳」「点数」（金額）を記載すること。 ※　記載例（１点 12 円で算定） 四肢倍率算定漏れ ㊵　術後創傷処置（右手） 誤算定　52×10　＝520 点 適正算定　(52×2.0)×10　＝1040 点 ㊿　創傷処理（５㎝未満）（右手） 誤算定　470 点 適正算定　(470×2.0)　＝940 点 今回請求額　23,760 円 前回請求額　11,880 円 差引額　11,880 円　⇒「⑬合計金額」に転記します。
	（イ）算定もれの場合 算定漏れの診療項目欄に「点数」又は「金額」摘要欄には、「差額請求する理由」を記入し、算定漏れの金額を「⑬合計金額」に記入します。

１１　請求権の時効

診療費請求権の消滅時効は、民法第１６６条第１号の規定によって５年とされています。

したがって、診療日の属する月の翌月の初日から起算して５年を経過した診療費については、時効が完成して請求権を失うことになりますので、請求漏れのないよう留意して下さい。

１２　労災保険指定医療機関内容変更届

（１）　労災保険指定医療機関の開設者は、次の事項に変更があったときは、福島労働局長あて速やかに届け出ることとなっております。

（労災保険指定医療機関療養担当規程の第２２）（２２ページ参照）

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　診療科目又は病床数に変更があったとき

④　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
（施設基準に係るものを除く。）

⑤　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都道府県労働局長が必要と認めた事項に変更があったとき

ア、上記の事項のうち、

②　名称又は所在地に変更があったとき（口座関係を含む。）

③　診療科目又は病床数に変更があったとき（従業員数を含む。）

に変更があったときは、

「労災指定病院等登録（変更）報告書」（診機様式第２０号）（２枚複写式）

「労災指定病院等登録（変更）報告書」（診機様式第２１号）（２枚複写式）

をもって届け出願います。（１５６～１５７ページ）

なお、用紙については、下記まで連絡のうえ交付を受けて下さい。

イ、上記の事項のうち、

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

④　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
（施設基準に係るものを除く。）

に変更があったときは、

「労災保険指定医療機関内容変更届」をもって届け出願います。

様式は、１５５ページに収載してあります。

（２）施設基準のそ及変更について

労災診療費の算定については、健保点数表の点数に労災診療単価を乗じて算定支払済みの労災診療費にも影響をあたえることから、遅滞なく労災補償課医療係に連絡してください。

１３　管轄監督署及び労働保険番号について

（１）労働保険番号の構成について

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
２桁	１桁	２桁	６桁	３桁

・府　　県（２桁）：０１～４７　※福島県は０７
・所　　掌（１桁）：１，３，７，９のみ
・管　　轄（２桁）：０１～２０　※福島県は０１～１２
・基幹番号（６桁）：空白があるときは右詰
（例）□□□１２３→０００１２３
・枝　番　号（３桁）：空白があるときは０００になります。

※労働保険番号は１４桁で構成されています。１４桁以外の場合は労働保険番号の誤りが考えられますので、最寄りの労働基準監督署に正しい労働保険番号を照会願います。

（２）福島労働局管内

監督署コード

管轄コード			監督署名	所在地	電話番号	管轄区域
府県	所掌	管轄				
０７	１	０１	福島	〒960-8021 福島市霞町 1-46 福島合同庁舎１階	(024) 536-4613	福島市、二本松市、伊達市、伊達郡、相馬郡飯館村
０７	１	０２	郡山	<移転前> 〒963-8071 郡山市富久山町久保田愛宕78-1　2 階 <移転後>　※R8.11 移転予定 〒963-8025 郡山市桑野２－１－１８	(024) 922-1378	郡山市、田村市、本宮市、安達郡、田村郡
０７	１	０３	いわき	〒970-8026 いわき市平字堂根町 4-11 いわき地方合同庁舎４階	(0246) 23-2258	いわき市
０７	１	０４	会津	〒965-0803 会津若松市城前 2-10	(0242) 88-3458	会津若松市、大沼郡、南会津郡、耶麻郡（猪苗代町・磐梯町）、河沼郡
０７	１	０５	須賀川	〒962-0834 須賀川市旭町 204-1	(0248) 75-3519	須賀川市、岩瀬郡、石川郡

０７	１	０６	白河	〒961-0074 白河市郭内 1-136 白河小峰城合同庁舎 5 階	(0248) 24-1391	白河市、西白河郡、東白川郡
０７	１	０７	喜多方	〒966-0896 喜多方市諏訪 91	(0241) 22-4211	喜多方市、耶麻郡（西会津町・北塩原村）
０７	１	０８	相馬	〒976-0042 相馬市中村字桜ヶ丘 68	(0244) 36-4175	相馬市、南相馬市、相馬郡新地町
０７	１	０９	富岡	〒979-1112 双葉郡富岡町中央 2-104	(0240) 22-3003	双葉郡

注１　労働保険番号の管轄コードは管轄監督署になりますが、労働保険徴収法第９条（本社等の一括）の認可を受けた事業は、管轄監督署以外の労働保険番号の場合があります。

注２　上記の福島労働局管内監督署コード、所在地及び管轄区域は、所掌が「１」のときに一致します。所掌「３」のときは一致しませんのでご注意ください。

注３　所掌「３」のときは、傷病労働者が直接所属する事業場（支店、営業所を含む。）の所在地により管轄区域を参照し管轄監督署がどこであるか確認してください。

診機様式第1号

※ 標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

【記入例】

労働者災害補償保険診療費請求書

帳票種別 3 4 7 2 0

※修正項目番号

①指定病院等の番号 0 7 ○ ○ ○ ○ ○

※労災指定医療機関番号を記入すること。

②※受付年月日 年 月 日

1～9年・月・日はそれぞれ右へ

③ 請 求 金 額	④内訳書添付枚数
円 ¥ 4 8 3 , 5 0 0 金額の頭に￥マークを付けてください。	枚 5 ※レセプトの枚数を記入すること。

1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和

⑤請求年 9 0 8 年

⑥請求月 6 月分

※修正欄

ただし、

※最新の診療月を記入すること。

※印の欄は記入しないでください。

○○○○ ほか 5 名に対する診療費の内訳は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 8 年 7 月 10 日

郵便番号 ○○○－○○○○

請求人の（病院又は診療所）

住所（所在地） ○○市○○町○○－○○

名称 ○○ クリニック

責任者氏名 院長 ○○ ○○

電話番号 ○○○－○○－○○○○

福島 労働局長 殿

（ 署分）

受付印

診機様式第3号

【記入例】 第 1 回 （同一傷病について）

指定病院等の番号	07〇〇〇〇〇	病院等の名称	〇〇クリニック

診療費請求内訳書（入院外用）

帳票種別 3 4 7 2 2　修正項目番号

①新継再別：1初診 3転医始診 5継続 7再発 → 1

②転帰事由：1治ゆ 3継続 3転医 7中止 9死亡 → 3

③支払額

④労働保険番号：府県 0 7　所掌 1　管轄 0 1　基幹番号 〇〇〇〇〇〇　枝番号 〇〇〇

⑤増減コード及び増減額

⑥生年月日：1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和　5 5 3 0 5 1 2

⑦傷病年月日：9 0 8 0 6 2 5

⑧増減理由

⑨決定年月日

⑩療養期間：9 0 8 0 6 2 5 — 9 0 8 0 6 3 0
（～9年は右へ1～9年は右へ 1～9年は右へ　～9年は右へ1～9年は右へ1～9年は右へ）

⑫処理区分

⑪診療実日数：2 日

⑬合計額：3 6 3 2 6

修正欄

労働者の氏名	〇 〇 〇 〇　35 歳	傷病の部位及び傷病名	左中指挫滅創
事業の名称	（株）〇〇〇〇　福島支店	傷病の経過	6月25日仕事中に受傷、19時来院。 左中指の挫滅創に対し、創傷処理を施行。 経過観察中
事業所の所在地	福島 都道府県　福島 郡市区		

診療内容			点数(点)
⑪ 初診	時間外・休日・深夜		85
⑫ 再診		× 回	
	外来管理加算	× 回	
	時間外	× 回	
	休日	× 回	
	深夜	× 回	
⑬ 指導			
⑭ 在宅	往診	回	
	夜間	回	
	緊急・深夜	回	
	在宅患者訪問診療		
	その他		
	薬剤		
⑳ 投薬	㉑内服 薬剤		
	調剤	× 単位 回	
	㉒屯服		
	㉓外用 薬剤	× 単位	
	調剤	× 単位	
	㉕処方		
	㉖麻毒		
	㉗調基		
㉚ 注射	K 皮下筋肉内	回	
	㊥ 静脈内	回	
	ニ その他		
㊵ 処置		1回	104
㊿ 手術麻酔		2回	1,954
	薬剤		12
60 病理検査			
70 画像診断			
80 その他	処方せん	1回	68
	薬剤		
小計	2,223 点	イ	26,676 円

診療内容	金額	摘要
初診	3，850円	＊再診時療養指導管理料
⑫ 再診	1，430円	920円 ×1
⑬ 指導	920円	日常生活指導 6／26
80 その他	2，200円	＊療養の給付請求書取扱料
	1，250円	2，200円
		＊救急医療管理加算
		1，250円
小計 ロ	9，650円	

摘要

⑪	＊時間外加算　85×1
㊵	＊創傷処置（100㎠未満） 左中指　104×1 （52×2．0）
㊿	＊創傷処理（筋肉・臓器に達しないもの） 左中指・時間外 指1本 1，060×1．4 デブリードマン加算 100×1．4×2．0 手術日 R8．6．25 19時開始 1，764×1 キシロカイン注ポリアンプ1% 10ml1A　12×1
	＊手指の機能回復指導加算　190×1
80	＊処方箋料（6種類以下）　68×1

労災保険指定医療機関内容変更届

令和　　年　　月　　日

福島労働局長　殿

指定番号	0	7					

医療機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開設者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり変更しましたので、労災保険指定医療機関療養担当規程の第２２に基づき提出します。

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
開設者住所			
開設者氏名			
管理者役職氏名			
健康保険診療報酬の算定に関する届出事項（施設基準に係るものを除く）			
その他			

■ 診機様式第２０号　　提出用 1／2 ■

決裁	課　長	係　長	係

帳票種別 3456 1

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
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
5 …登録を取消すとき
7 …指定取消年月日を取消すとき

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ください。

⑤（ツヅキ）

⑥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ください。

⑧（つづき）

⑨代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は１字あけて記入してください。

⑩代表者の氏名(漢字)：姓と名の間は１字あけて記入してください。

郵便番号及び所在地

⑪郵便番号　－

電話番号

⑰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。

⑫所在地(カタカナ)：市郡区から記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑬（ツヅキ）

⑭（ツヅキ）

⑮所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑯（つづき）

指定関係

⑱一括コード（労災指定医療機関）
一括…1
取消…3

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) ※
元号 年 月 日
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) ※
元号 年 月 日
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）
一括…1
取消…3

㉓一括番号２(二次健診等給付医療機関) ※

㉔指定年月日２(二次健診等給付医療機関) ※
元号 年 月 日
1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑

㉕指定取消年月日２(二次健診等給付医療機関) ※
元号 年 月 日
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　本社 支店 代理店 出張所

㉖金融機関コード ※
金融機関コード | 店舗コード

㉗預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

㉘預金の口座番号(左詰め)

㉙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ください。

㉚（ツヅキ）

注）裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

■ 提出用 1／2 (物品番号72225) 30.5

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つ折りにしてください。

※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だ上で、記入してください。

■ 診機様式第２１号

提出用 2／2 ■

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：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
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

労災指定医療機関基本情報

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。

④	内科	⑤	心療内科	⑥	精神科	⑦	神経科	⑧	神経内科	⑨	呼吸器科	⑩	消化器科
⑪	胃腸科	⑫	循環器科	⑬	アレルギー科	⑭	リュウマチ科	⑮	外科	⑯	整形外科	⑰	形成外科
⑱	脳神経外科	⑲	呼吸器外科	⑳	心臓血管外科	㉑	皮膚泌尿器科	㉒	皮膚科	㉓	泌尿器科	㉔	肛門科
㉕	眼科	㉖	気管食道科	㉗	耳鼻咽喉科	㉘	リハビリテーション科			㉙	歯科	㉚	放射線科
㉛	矯正歯科	㉜	歯科口腔科	㉝	麻酔科	㉞	小児科	㉟	小児外科	㊱	性病科	㊲	美容外科
㊳	産婦人科	㊴	産科	㊵	婦人科	㊶	小児歯科	㊷	理学診療科	㊸	全科	㊹	その他

※数字は右詰めで記入してください。

㊺医師数	㊻看護師数	㊼薬剤師数	㊽その他の従業員数	㊾病床数
千 百 十	千 百 十	百 十	千 百 十	千 百 十

口座関係2（二次健診等費用）

二次健診等費用の振込情報が口座関係1（労災診療費）と異なる場合又は、二次健診等給付医療機関のみの指定申請をした場合に記入してください。

振込金融機関名　銀行 金庫 組合　　振込店舗名　本社 支店 代理店 出張所

㊿金融機関コード　金融機関コード　店舗コード　※

51預金種別　普通…1 当座…3 通知…5 別段…7

52預金の口座番号(左詰め)

53取消コード

54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ください。

55（ツヅキ）

口座関係3（アフターケア委託費）

※アフターケア委託費の振込先が口座関係1（労災診療費）と異なる場合に記入してください。

振込金融機関名　銀行 金庫 組合　　振込店舗名　本社 支店 代理店 出張所

56金融機関コード　金融機関コード　店舗コード　※

57預金種別　普通…1 当座…3 通知…5 別段…7

58預金の口座番号(左詰め)

59取消コード2

60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ください。

61（ツヅキ）

注）裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。

提出用 2／2

■

(物品番号72225) 28.5

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つ折りにしてください。

※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だ上で、記入してください。