

決 裁	課 長	係 長	係

※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、記入して下さい。

帳票種別	3	4	5	6	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…登録を取消するとき 7…指定取消年月日を取消するとき
---	--	--

[illegible][illegible]

指定 関係	⑮一括コード (労災指定医療機関) 一括…1 取消…3	⑯一括番号(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

[illegible]

提出年月日 年 月 日
指定病院等の名称

代 表 者 の 氏 名

㊞（記名押印又は署名）