

＜労災保険指定医療機関の指定申請手続きについて＞

申請にあたっては、次の①から④の書類を提出してください。
なお、指定年月日より前のレセプト請求はできませんのでご注意ください。

- ① 様式第1号
労災保険指定医療機関指定申請書
 - 申請書については、記載漏れがないようにお願いします。
 - 労働保険加入状況（労働保険番号）については、指定における必要な事項ですので、必ず記入してください。
 - 医療法人の医療機関は、開設許可等が法人になることから、法人の代表者が申請人となります。
- ② 添付書類について、添付漏れがないようにお願いします。
 - 病院にあつては開設許可証、診療所にあつては開設許可証又は届書、国の開設する病院又は診療所にあつては、承諾書又は通知書のそれぞれの写又はそれぞれの番号及び年月日を記載した文書
 - 様式第2号による病院（診療所）施設等概要書
 - 労災保険指定に係る申出書
 - 院長の履歴書・医師免許証（写）
 - 建物の平面図
 - 医療法人医療機関の場合
理事長医師免許（有・無）→有の場合免許証の写を添付
- ③ 指定病院等登録（変更）報告書（診機様式第20号及び第21号）
 - 診機様式第20号及び第21号の2枚組になっていますので、2枚とも提出してください。
 - 「記名又は署名」欄がありますので、忘れずに記入してください。
- ④ 二次健診給付医療機関申請は、別様式の申請書が必要になります。
指定要件等の詳細は、下記の医療係までお問合せください。

申請書類の提出先は下記のとおりです。
ご不明な点についてのお問い合わせは、下記の医療係までご連絡ください。

問い合わせ先・連絡先

〒310-8511

水戸市宮町1-8-31

TEL 029-224-6217

茨城労働局 労災補償課 医療係

労災保険指定医療機関指定申請書

1. 病院（診療所）の名称： _____
2. 病院（診療所）の所在地： 〒 _____

3. 病院（診療所）の長名： _____
4. 診療科名： _____

上記の病院（診療所）を労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による病院（診療所）として指定されたく、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは「労災保険指定医療機関療養担当規定」及び「労災診療費算定基準」等の諸条項を遵守し、

〔労働者災害補償保険法第13条1項、第22条の規定による療養の給付及び同法第29条第1項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア及び外科後処置〕

に従事することを承諾いたします。

令和 年 月 日

開設者 住所 〒 _____

氏名 _____

茨城労働局長 殿

その他

労働保険加入の状況

加入している 【労働保険番号： _____】

手続き中

※労働保険へ加入されていない病院（診療所）は、加入されてからの申請をお願いします。

病院（診療所）施設等概要書

病院（診療所）の 名 称								電 話		
病院（診療所）の 所 在 地								() 番		
開 設 責 任 者	役職氏名					院 長 氏 名				
	住 所					事 務 長 氏 名				
経 営 主 体		1 国立		2 公立		3 社会保険団体		4 公益法人		
		5 医療法人		6 事業場付属		7 その他の法人		8 個人		
従 事 者 の 状 況	科 別	医 師			そ の 他					
		員 数	責任医師名及び医療経験		正 看 護 師	名	管理栄養士	名		
	科	名		年	准 看 護 師	名	栄 養 士	名		
					看 護 補 助 者	名	臨 床 検 査 技 師	名		
	科	名		年	助 産 師	名	臨 床 工 学 技 師	名		
					放 射 線 技 師	名	歯 科 衛 生 士	名		
	科	名		年	マ ッ サ ー ジ 師	名	歯 科 技 工 士	名		
					は り ・ き ゅ う 師	名	言 語 療 法 士	名		
	科	名		年	理 学 療 法 士	名	義 肢 装 具 士	名		
					作 業 療 法 士	名	そ の 他	名		
科	名		年	視 能 訓 練 士	名					
				ケ ー ス ワ ー カ ー	名	事 務 員	名			
科	名		年	薬 剤 師	名	計	名			
計		名								
施 設 等 の 状 況	建 物	建 物 面 積	m ²	棟 数	棟	形 式	1 階 建 ・ 2 階 建 3 階 建 ・ 4 階 以 上 建	耐 火 構 造	無 ・ 有	全 部 一 部
	病 室 床	個 室	2 人 室	3 人 室	4 人 室	5 人 室	6 人 以 上	暖 房	無 ・ 有	全 部 一 部
		室	室	室	室	室	室	室	無 ・ 有	全 部 一 部
施 設 有 無 概 要	施 設 名	有 無	室 数	構 造 設 備 の 概 要						
	診 察 室									
	処 置 室									
	手 術 室									
	臨 床 検 査 施 設									
	エ ッ ク ス 線 装 置									
	調 剤 所									
給 食 施 設										

* 従事者の状況の員数欄には、非常勤については、内数として（ ）書きにすること。

届出事項の状況	区分	届出(承認)番号	届出(承認)年月日	備考			
	看護形態			種別			
	重症者特別療養環境			病室番号			
	理学療法・作業療法			種別			
	その他						
社会保険等の指定状況		健康保険	共済組合	船員保険	日雇保険	生活保護	結核予防
嘱託事業場の状況	名称		所在地				
	名称		所在地				
過去3ヶ月の患者数		労災保険	実人員	名	健康保険等	実人員	名
診療状況	診療時間	自時 自時	時～至時 時～至時	時	休診日	曜日 曜日 曜日	救急体制
病院（診療所）所在地略図							
病院（診療所）施設等の配置図・平面図							
<p>（別紙添付）</p> <p>*建物の平面図を添付して提出してください。</p>							

申 出 書

労働者災害補償保険の療養（補償）給付に係るものについての取扱いを申し立てるにあたり、下記の事項について、申し出ます。

記

1. 労災保険に関する一応の知識を有し、その診療については急患に応じる等、積極的な協力体制を整備します。
2. 医事に関し過去5年間において不正又は不祥事件等を起こしていません。
3. 診療録、レントゲンフィルム、入院日誌その他診療に関する帳簿書類の記録及び保管等を適切に行います。

茨 城 労 働 局 長 殿

令和 年 月 日

開設者 住 所 〒

氏 名

＜労災保険指定医療機関の変更申請手続きについて＞

変更にあたっては、次の①から③の書類を提出してください。

- ① 指定病院等登録(変更)報告書（診機様式第 20 号及び第 21 号）
 - 記載していただく項目は、指定番号及び変更項目のみとなります。
 - 診機様式第 20 号及び第 21 号の 2 枚組になっていますので、変更項目欄に関係なく 2 枚とも提出してください。
 - 「記名又は署名」欄がありますので、忘れずに記名又は署名をしてください。
- ② 口座関係の変更の場合は、口座項目欄※金融機関コード以外の全項目に記載願います。(可能であれば通帳の写しを添付してください)
- ③ 名称・所在地・開設者等の変更等で開設許可証の内容に変更が出た際は、変更後の開設許可証又は変更届の写し(受付印のあるもの)を添付してください。

申請書類の提出先は下記のとおりです。

ご不明な点についてのお問い合わせは、下記の医療係までご連絡ください。

問い合わせ先・連絡先

〒310-8511

水戸市宮町 1-8-31

TEL 029-224-6217

茨城労働局 労災補償課 医療係

＜労災保険指定医療機関の休止・辞退手続きについて＞

休止・辞退にあたっては、次の書類を提出してください。

- ① 労災保険指定医療機関休止・辞退届
- ② 指定病院等登録(変更)報告書（診機様式第 20 号及び第 21 号）
 - 記載していただく項目は、①指定番号、②指定コード、③変更コードは「3」のみの記載となります。
 - 診機様式第 20 号及び第 21 号の 2 枚組になっていますので、変更項目欄に関係なく 2 枚とも提出してください。
 - 「記名又は署名」欄がありますので、忘れずに記名又は署名をしてください。

申請書類の提出先は下記のとおりです。

ご不明な点についてのお問い合わせは、下記の医療係までご連絡ください。

問い合わせ先・連絡先

〒310-8511

水戸市宮町 1-8-31

TEL 029-224-6217

茨城労働局 労災補償課 医療係

労災保険指定医療機関休止・辞退届

病院（診療所）	労災保険指定医療機関番号								
	名称								
	所在地								

上記の病院（診療所）について、下記の理由により労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による病院（診療所）としての指定を休止・辞退したく届出いたします。

休止・辞退年月日	年 月 日
休止・辞退する理由	
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

開設者 住所

氏名

記入例

登録している内容
で記載願います。

労災保険指定医療機関休止・辞退届

病院（診療所）	労災保険指定医番号	0	8	1	2	3	4	5
	名称	〇〇クリニック						
	所在地	水戸市宮町1-8-31						

上記の病院（診療所）について、下記の理由により労働者災害補償保険法施行規則第11条第1項の規定による病院（診療所）としての指定を休止・辞退したく届出いたします。

休止・辞退年月日	令和×年 ×月 ×日
休止・辞退する理由	(例) 閉院のため
休止予定期間	令和△年△月△日～令和△年△月△日

休止の場合記載願います

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

開設者の住所・氏名を記載願います。

なお、連絡先が別の場合は下の余白に記載願います。

開設者 住所

氏名

入院室料加算状況報告書

令和 年 月 日

茨城労働局長 殿

労災指定番号

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名

医療機関所在地

開設者

入院室料の加算要件を備えている病室について、下記のとおり報告します。

記

令和 年 月 日現在

種別	表示金額 (円)	表示金額の内 消費税額	病室番号	種別	表示金額 (円)	表示金額の内 消費税額	病室番号
個室				3 人 室			
2 人 室				4 人 室			

※ 入院室料差額について表示金額の明記されているリーフレット等（写も可）、及び入院室料加算対象病室の配置図を報告書に添付してください。

※ なお、報告書提出後、表示金額及び病室番号に変更がありましたら、

茨城労働局 労災補償課 医療係 (029) - 224-6217 までご連絡ください。