

## 第 8 章 指定医療機関が行う各種変更手続きについて

### 1 「労災保険指定医療機関変更届」及び「労災指定病院等登録（変更）報告書」の提出

指定医療機関の開設者は、次の各号に掲げる事由が生じたときは、すみやかに、その旨及びその年月日を宮城労働局へ「労災保険指定医療機関変更届」及び「労災指定病院等登録（変更）報告書」を提出して下さい。

- 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
- 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
- 6 振込先金融機関、口座番号、口座名義人等に変更があったとき

### 2 労災保険入院室料加算（表示金額）を新たに表示することとなった場合

労災保険入院室料加算（表示金額）を新たに表示することとなった場合は、別紙（P 1 4 2）により報告して下さい。

### 3 労災保険入院室料加算の表示金額を変更することとなった場合

労災保険入院室料加算の表示金額を変更することとなった場合は、別紙（P 1 4 3）により報告して下さい。

## 労災保険指定医療機関変更届

指 定 医 番 号			
開 設 者 氏 名	新		
	旧		
代 表 者 氏 名	新		
	旧		
診 療 科 目	新		
	旧		
基 準 看 護 等 の 状 況	新		
	旧		
そ の 他 ( 施 設 概 要 等 )	新		
	旧		
変 更 の 理 由		変更年月日	

上記のとおり変更したので届けます。

令和      年      月      日

指定病院等の名称  
代 表 者 氏 名

宮 城 労 働 局 長      殿

(注) 記載すべき事項のない欄には斜線を引くこと。

労災指定病院等登録(変更)報告書 20号

診機様式第20号

提出用 1 / 2

	課 長	係 長	係	
帳票種別 <b>34561</b>	<b>労災指定病院等登録(変更)報告書</b>			決 裁

提出の際折り曲げる場合には中央で切り離し、の所を各に2つ折りにして下さい。

①指定番号：新規登録の場合は無記入 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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…消印(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
--	--	--

※新規登録の場合は職員が記入します。

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、左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

⑤(フツキ)

⑥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、左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

⑦(つづき)

⑧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。

⑨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。

⑩形数別

⑪郵便番号  
 -

⑫電話番号  
⑫電話番号：左詰めで記入してください。また、市外番号、市内局番及び番号の間は(-) (ハイフン)を記入してください。

⑬所在地(カタカナ)：市街区から記入して下さい。また、左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

⑭(フツキ)

⑮(フツキ)

⑯所在地(漢字)：左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

⑰(つづき)

⑱一括コード  
(労災指定医療機関)  
一括-1  
取消-3

⑲一括コード2  
(二次健診等給付医療機関)  
一括-1  
取消-3

⑳一括番号(労災指定医療機関)

㉑一括番号2(二次健診等給付医療機関)

㉒指定年月日(労災指定医療機関)  
1~9月は左へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ  
\*

㉓指定年月日2(二次健診等給付医療機関)  
1~9月は左へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ  
\*

㉔指定取消年月日(労災指定医療機関)  
1~9月は左へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ  
\*

㉕指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関)  
1~9月は左へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ  
\*

口座関係1(労災診療費)

振込金融機関名

銀行 本店  
金融 支店  
組合 代理店  
振込店番号

⑳金融機関コード  
金融機関コード | 店種コード  
\*

㉑振込金口座番号(左詰め)

㉒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、左詰めで右欄の枠まで続けて記入して下さい。

㉓(フツキ)

※裏面の注意事項をよく読んで下さい。記入して下さい。

労災指定病院等登録(変更)報告書 21号

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

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。

<p>①指定番号</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p>②指定コード</p> <p>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</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p>③変更コード</p> <p>1…新規に登録するとき 2…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</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																										
<p>※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。</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>① <input type="checkbox"/> 内科</td> <td>② <input type="checkbox"/> 心療内科</td> <td>③ <input type="checkbox"/> 精神科</td> <td>④ <input type="checkbox"/> 神経科</td> <td>⑤ <input type="checkbox"/> 神経内科</td> <td>⑥ <input type="checkbox"/> 呼吸器科</td> <td>⑦ <input type="checkbox"/> 消化器科</td> </tr> <tr> <td>⑧ <input type="checkbox"/> 胃腸科</td> <td>⑨ <input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td>⑩ <input type="checkbox"/> アレルギー科</td> <td>⑪ <input type="checkbox"/> リウマチ科</td> <td>⑫ <input type="checkbox"/> 外科</td> <td>⑬ <input type="checkbox"/> 整形外科</td> <td>⑭ <input type="checkbox"/> 形成外科</td> </tr> <tr> <td>⑮ <input type="checkbox"/> 脳神経外科</td> <td>⑯ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科</td> <td>⑰ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科</td> <td>⑱ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科</td> <td>⑲ <input type="checkbox"/> 皮膚科</td> <td>⑳ <input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td>㉑ <input type="checkbox"/> 肛門科</td> </tr> <tr> <td>㉒ <input type="checkbox"/> 眼科</td> <td>㉓ <input type="checkbox"/> 気管食道科</td> <td>㉔ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科</td> <td>㉕ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科</td> <td>㉖ <input type="checkbox"/> 産科</td> <td>㉗ <input type="checkbox"/> 放射線科</td> <td></td> </tr> <tr> <td>㉘ <input type="checkbox"/> 矯正歯科</td> <td>㉙ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科</td> <td>㉚ <input type="checkbox"/> 麻酔科</td> <td>㉛ <input type="checkbox"/> 小児科</td> <td>㉜ <input type="checkbox"/> 小児外科</td> <td>㉝ <input type="checkbox"/> 性病科</td> <td>㉞ <input type="checkbox"/> 美容外科</td> </tr> <tr> <td>㉟ <input type="checkbox"/> 産婦人科</td> <td>㊱ <input type="checkbox"/> 産科</td> <td>㊲ <input type="checkbox"/> 婦人科</td> <td>㊳ <input type="checkbox"/> 小児歯科</td> <td>㊴ <input type="checkbox"/> 理学療法科</td> <td>㊵ <input type="checkbox"/> 全科</td> <td>㊶ <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>			① <input type="checkbox"/> 内科	② <input type="checkbox"/> 心療内科	③ <input type="checkbox"/> 精神科	④ <input type="checkbox"/> 神経科	⑤ <input type="checkbox"/> 神経内科	⑥ <input type="checkbox"/> 呼吸器科	⑦ <input type="checkbox"/> 消化器科	⑧ <input type="checkbox"/> 胃腸科	⑨ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	⑩ <input type="checkbox"/> アレルギー科	⑪ <input type="checkbox"/> リウマチ科	⑫ <input type="checkbox"/> 外科	⑬ <input type="checkbox"/> 整形外科	⑭ <input type="checkbox"/> 形成外科	⑮ <input type="checkbox"/> 脳神経外科	⑯ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	⑰ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	⑱ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	⑲ <input type="checkbox"/> 皮膚科	⑳ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	㉑ <input type="checkbox"/> 肛門科	㉒ <input type="checkbox"/> 眼科	㉓ <input type="checkbox"/> 気管食道科	㉔ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	㉕ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科	㉖ <input type="checkbox"/> 産科	㉗ <input type="checkbox"/> 放射線科		㉘ <input type="checkbox"/> 矯正歯科	㉙ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉚ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉛ <input type="checkbox"/> 小児科	㉜ <input type="checkbox"/> 小児外科	㉝ <input type="checkbox"/> 性病科	㉞ <input type="checkbox"/> 美容外科	㉟ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊱ <input type="checkbox"/> 産科	㊲ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊳ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊴ <input type="checkbox"/> 理学療法科	㊵ <input type="checkbox"/> 全科	㊶ <input type="checkbox"/> その他
① <input type="checkbox"/> 内科	② <input type="checkbox"/> 心療内科	③ <input type="checkbox"/> 精神科	④ <input type="checkbox"/> 神経科	⑤ <input type="checkbox"/> 神経内科	⑥ <input type="checkbox"/> 呼吸器科	⑦ <input type="checkbox"/> 消化器科																																						
⑧ <input type="checkbox"/> 胃腸科	⑨ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	⑩ <input type="checkbox"/> アレルギー科	⑪ <input type="checkbox"/> リウマチ科	⑫ <input type="checkbox"/> 外科	⑬ <input type="checkbox"/> 整形外科	⑭ <input type="checkbox"/> 形成外科																																						
⑮ <input type="checkbox"/> 脳神経外科	⑯ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	⑰ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	⑱ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	⑲ <input type="checkbox"/> 皮膚科	⑳ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	㉑ <input type="checkbox"/> 肛門科																																						
㉒ <input type="checkbox"/> 眼科	㉓ <input type="checkbox"/> 気管食道科	㉔ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	㉕ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科	㉖ <input type="checkbox"/> 産科	㉗ <input type="checkbox"/> 放射線科																																							
㉘ <input type="checkbox"/> 矯正歯科	㉙ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉚ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉛ <input type="checkbox"/> 小児科	㉜ <input type="checkbox"/> 小児外科	㉝ <input type="checkbox"/> 性病科	㉞ <input type="checkbox"/> 美容外科																																						
㉟ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊱ <input type="checkbox"/> 産科	㊲ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊳ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊴ <input type="checkbox"/> 理学療法科	㊵ <input type="checkbox"/> 全科	㊶ <input type="checkbox"/> その他																																						
<p>※数字は右詰めにて記入して下さい。</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>① 総医師数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td>② 総看護士数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td>③ 総薬剤師数 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td>④ その他の従業員数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td>⑤ 病床数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>			① 総医師数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	② 総看護士数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	③ 総薬剤師数 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	④ その他の従業員数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	⑤ 病床数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																					
① 総医師数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	② 総看護士数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	③ 総薬剤師数 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	④ その他の従業員数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	⑤ 病床数 千 百 十 一 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																								
<p>口座関係2 (二次健診等費用)</p> <p>① 振込金融機関名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 銀行 金融 組合</p> <p>② 振込店舗名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 本店 支店 代理店 出張所</p> <p>③ 預金種別 普通→1 当座→3 通知→5 別座→7</p> <p>④ 預金の口座番号(左づめ) <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>⑤ 取消コード <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>⑥ 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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>⑦ (ツツキ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>		<p>⑧ 金融機関コード 「金融機関コード」 「店舗コード」</p> <p>※ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>																																										
<p>口座関係3 (アフターケア委託費)</p> <p>※アフターケア委託費の振込先が口座関係1と異なる場合に記入して下さい。</p> <p>① 振込金融機関名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 銀行 金融 組合</p> <p>② 振込店舗名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 本店 支店 代理店 出張所</p> <p>③ 預金種別 普通→1 当座→3 通知→5 別座→7</p> <p>④ 預金の口座番号(左づめ) <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>⑤ 取消コード2 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>⑥ 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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>⑦ (ツツキ) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>		<p>⑧ 金融機関コード 「金融機関コード」 「店舗コード」</p> <p>※ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>																																										

※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下さい。記入して下さい。

令和 年 月 日

宮城労働局長 殿

労災指定医番号.....  
医療機関名.....  
代表者名.....

### 労災入院室料加算をしている病室の届（新規）について

この度、労災入院室料加算する病室の表示をすることになりましたので、当該表示金額を届出します。

記

令和 年 月 日現在

全病床数 \_\_\_\_\_ 床  
室料加算している病床数 \_\_\_\_\_ 床

病室番号	個室・2・3・4 人部屋の別	金額 (消費税は除く)	病室番号	個室・2・3・4 人部屋の別	金額 (消費税は除く)
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円

同一室料額の病室が連続している場合は、連番にて記載して下さい。  
貴院にて表示している室料額の資料を添付して下さい。

令和 年 月 日

宮城労働局長 殿

労災指定医番号.....  
医療機関名.....  
代表者名.....

### 労災入院室料加算をしている病室の届(変更)について

令和 年 月 日付けで、下記のとおり労災入院室料加算をしている病室に変更がありましたので届出します。

記

令和 年 月 日現在

全病床数 \_\_\_\_\_ 床  
室料加算している病床数 \_\_\_\_\_ 床

病室番号	個室・2・3・4 人部屋の別	金額 (消費税は除く)	病室番号	個室・2・3・4 人部屋の別	金額 (消費税は除く)
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円
~		円	~		円

同一室料額の病室が連続している場合は、連番にて記載して下さい。

変更していない病室も含めて全ての病室を記載して下さい。

貴院にて表示している室料額の資料を添付して下さい。