様式第1号

労災保険指定医療機関指定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院（診療所） | 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　　-　　　　　） |
| 管理者 |  |
| 診療科 |  |

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程」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条第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

長崎労働局長　　殿

※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、外科後処置の担当を希望しない場合は、上記［　］欄の当該箇所を削除すること。