

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。

年 月 日

(郵便番号 - )

住 所

開設者

氏 名 印

大分労働局長 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。