





見本

提出年月日 年 月 日

指定病院等の名称

代表者の氏名



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

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※新規登録の場合は職員が記入します。

②指定コード

<input type="text"/>
----------------------

- 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

<input type="text"/>
----------------------

- 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

※診療科目については該当する全ての科目に「1」を記入してください。

④ <input type="checkbox"/> 内科	⑤ <input type="checkbox"/> 心療内科	⑥ <input type="checkbox"/> 精神科	⑦ <input type="checkbox"/> 神経科	⑧ <input type="checkbox"/> 神経内科	⑨ <input type="checkbox"/> 呼吸器科	⑩ <input type="checkbox"/> 消化器科
⑪ <input type="checkbox"/> 胃腸科	⑫ <input type="checkbox"/> 循環器科	⑬ <input type="checkbox"/> アレルギー科	⑭ <input type="checkbox"/> リウマチ科	⑮ <input type="checkbox"/> 外科	⑯ <input type="checkbox"/> 整形外科	⑰ <input type="checkbox"/> 形成外科
⑱ <input type="checkbox"/> 脳神経外科	⑲ <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	⑳ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	㉑ <input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	㉒ <input type="checkbox"/> 皮膚科	㉓ <input type="checkbox"/> 泌尿器科	㉔ <input type="checkbox"/> 肛門科
㉕ <input type="checkbox"/> 眼科	㉖ <input type="checkbox"/> 気管食道科	㉗ <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	㉘ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科	㉙ <input type="checkbox"/> 歯科	㉚ <input type="checkbox"/> 放射線科	㉛ <input type="checkbox"/> 美容外科
㉜ <input type="checkbox"/> 矯正歯科	㉝ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉞ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉟ <input type="checkbox"/> 小児科	㊱ <input type="checkbox"/> 小児外科	㊲ <input type="checkbox"/> 性病科	㊳ <input type="checkbox"/> 美容外科
㊴ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊵ <input type="checkbox"/> 産科	㊶ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊷ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊸ <input type="checkbox"/> 理学診療科	㊹ <input type="checkbox"/> 全科	㊺ <input type="checkbox"/> その他

※数字は右詰めで記入してください。

⑮医師数 千 百 十	⑯看護師数 千 百 十	㉑薬剤師数 百 十	㉒その他の従業員数 千 百 十	㉓病床数 千 百 十
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

二次健診等費用の振込情報が口座関係1 (労災診療費) と異なる場合又は、二次健診等給付医療機関のみの指定申請をした場合に記入してください。

振込金融機関名

銀行  
金庫  
組合

振込店舗名

本社  
支店  
代理店  
出張所

⑤金融機関コード

金融機関コード	店舗コード
<input type="text"/>	<input type="text"/>

⑤預金種別  
普通…1  
当座…3  
通知…5  
別段…7

⑥預金の口座番号(左詰め)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑦取消コード

<input type="text"/>
----------------------

⑧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ください。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑨(ツズキ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※アフターケア委託費の振込先が口座関係1 (労災診療費) と異なる場合に記入してください。

振込金融機関名

銀行  
金庫  
組合

振込店舗名

本社  
支店  
代理店  
出張所

⑥金融機関コード

金融機関コード	店舗コード
<input type="text"/>	<input type="text"/>

⑦預金種別  
普通…1  
当座…3  
通知…5  
別段…7

⑧預金の口座番号(左詰め)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑨取消コード2

<input type="text"/>
----------------------

⑩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ください。

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑪(ツズキ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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つ折りにしてください。

労災指定医療機関基本情報

口座関係2 (二次健診等費用)

口座関係3 (アフターケア委託費)

※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上で、記入してください。

注) 裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名してください。



見本

提出年月日 年 月 日  
指定病院等の名称

代表者の氏名