■ 診機様式第２０号　　提出用 1／2 ■

| 決裁 | 課長 | 係長 | 係 |
|---|---|---|---|
| | | | |

帳票種別 3 4 5 6 1

# 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つ折りにしてください。

①指定番号：新規登録の場合は無記入
※新規登録の場合は職員が記入します。

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 …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
5 …登録を取消すとき
7 …指定取消年月日を取消すとき

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

## 名称

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、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑤(ツヅキ)

⑥形態別

⑦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、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑧(つづき)

⑨代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は１字あけて記入してください。

⑩代表者の氏名(漢字)：姓と名の間は１字あけて記入してください。

## 郵便番号及び所在地

⑪郵便番号　－

電話番号

⑰電話番号：左詰めで記入してください。また、市外局番、市内局番及び番号の間に(－)(ハイフン)を記入してください。

⑫所在地(カタカナ)：市郡区から記入してください。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑬(ツヅキ)

⑭(ツヅキ)

⑮所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

⑯(つづき)

見本

## 指定関係

⑱一括コード(労災指定医療機関)
一括…1
取消…3

⑲一括番号(労災指定医療機関)

⑳指定年月日(労災指定医療機関)
元号 年 月 日
1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

㉑指定取消年月日(労災指定医療機関)
元号 年 月 日
1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

㉒一括コード2(二次健診等給付医療機関)
一括…1
取消…3

㉓一括番号2(二次健診等給付医療機関)

㉔指定年月日2(二次健診等給付医療機関)
元号 年 月 日
1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

㉕指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関)
元号 年 月 日
1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

## 口座関係1(労災診療費)

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

㉖金融機関コード
金融機関コード　店舗コード

㉗預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

㉘預金の口座番号(左ヅメ)

㉙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、左詰めで右端の枠まで続けて記入してください。

㉚(ツヅキ)

◎裏面の注意事項をよく読んだ上で、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。

| 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
※新規登録の場合は職員が記入します。

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　…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

## 労災指定医療機関基本情報

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

※数字は右詰めで記入してください。

| ㊺医師数 | ㊻看護師数 | ㊼薬剤師数 | ㊽その他の従業員数 | ㊾病床数 |
|---|---|---|---|---|
| 千 百 十 | 千 百 十 | 百 十 | 千 百 十 | 千 百 十 |

## 口座関係２（二次健診等費用）

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

㊿金融機関コード
※ 金融機関コード　店舗コード

51預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

52預金の口座番号（左ヅメ）

53取消コード

54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。

55（ツヅキ）

## 口座関係３（アフターケア委託費）

※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

56金融機関コード
※ 金融機関コード　店舗コード

57預金種別
普通…1
当座…3
通知…5
別段…7

58預金の口座番号（左ヅメ）

59取消コード２

60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。

61（ツヅキ）

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つ折りにしてください。

※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だ上で、記入してください。