

労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書

| | | | | | | | | | |
|---------|------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| 病院（診療所） | 指定番号 | | | | | | | | 指定を受けていない医療機関は記入する必要はありません。 |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 開設者 | | | | | | | | |
| 診療科 | | | | | | | | | |

※ 指定医療機関は開設者、診療科の記入は不要です。

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条の3第1項の規定による労災保険二次健診等給付医療機関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「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則」及び「労災保険二次健診等給付担当者規定」等の諸条項の諸条項を遵守し労働者災害補償保険法第26条の規定による二次健康診断等給付に従事することを承諾いたします。

平成 年 月 日

住 所

開設者

氏 名

印

(記名押印又は署名)

労働局長 殿