

決 裁	課 長	係 長	係

帳票種別

34561

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

Grid for registration numbers

※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...登録を取消するとき
- 7...指定取消年月日を取消するとき

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。

Grid for hospital name (Katakana)

⑤(ツヅキ)

Grid for continuation of hospital name

⑥形態別

Grid for form type

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。

Grid for hospital name (Kanji)

⑧(つづき)

Grid for continuation of hospital name

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。

Grid for representative name (Katakana)

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。

Grid for representative name (Kanji)

⑪郵便番号

Grid for postal code

電話番号

⑫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。

Grid for telephone number

⑬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。

Grid for address (Katakana)

⑭(ツヅキ)

Grid for continuation of address

⑮(ツヅキ)

Grid for continuation of address

⑯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。

Grid for address (Kanji)

⑰(つづき)

Grid for continuation of address

名 称
郵便番号及び所在地

指定関係

⑱一括コード(労災指定医療機関)

Grid for code 19

⑲一括番号(労災指定医療機関)

Grid for number 19

⑳指定年月日(労災指定医療機関)

Grid for date 20

㉑指定取消年月日(労災指定医療機関)

Grid for date 21

㉒一括コード2(二次健診等給付医療機関)

Grid for code 22

㉒一括番号2(二次健診等給付医療機関)

Grid for number 22

㉓指定年月日2(二次健診等給付医療機関)

Grid for date 23

㉔指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関)

Grid for date 24

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

⑳預金種別 ㉑預金の口座番号(左ヅメ)

Grid for bank account info

㉒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。

Grid for account holder name

㉓(ツヅキ)

Grid for continuation of account holder name

㉕金融機関コード

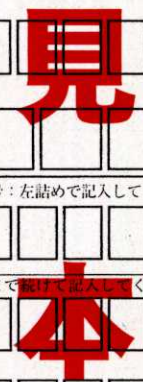
金融機関コード 店舗コード

Grid for financial institution code

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。

※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、記入してください。



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

※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"/> 矯正歯科	㉜ <input type="checkbox"/> 歯科口腔科	㉝ <input type="checkbox"/> 麻酔科	㉞ <input type="checkbox"/> 小児科	㉟ <input type="checkbox"/> 小児外科	㊱ <input type="checkbox"/> 性病科	㊲ <input type="checkbox"/> 美容外科
㊳ <input type="checkbox"/> 産婦人科	㊴ <input type="checkbox"/> 産科	㊵ <input type="checkbox"/> 婦人科	㊶ <input type="checkbox"/> 小児歯科	㊷ <input type="checkbox"/> 理学診療科	㊸ <input type="checkbox"/> 全科	㊹ <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	⑰薬剤師数 千 百 十	⑱その他の従業員数 千 百 十	㉑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

⑳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"/>

㉑預金種別

㉒預金の口座番号(左ヅメ)

㉓取消コード

<input type="checkbox"/> 普通…1 <input type="checkbox"/> 当座…3 <input type="checkbox"/> 通知…5 <input type="checkbox"/> 別段…7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------

㉔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。

㉕(ツヅキ)

※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

㉑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"/>

㉑預金種別

㉒預金の口座番号(左ヅメ)

㉓取消コード2

<input type="checkbox"/> 普通…1 <input type="checkbox"/> 当座…3 <input type="checkbox"/> 通知…5 <input type="checkbox"/> 別段…7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------

㉔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。

㉕(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。

※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、記入してください。

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。

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)