

# 指定薬局・指名機関登録(変更)報告書

帳票種別 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/>	①局コード <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	②指定・指名番号：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。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	③登記・変更の別 <input type="text" value=""/> 1…新規 3…変更 9…取消
--	--	---	--

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。

名	④名称(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。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	⑤(ツツキ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
称	⑥名称(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。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	⑦(つづき) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	⑧薬局の代表者又は柔道整復師等の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入してください。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	⑨薬局の代表者又は柔道整復師等の氏名(漢字)：姓と名の間は1字あけて記入してください。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

郵便番号及び所在地	⑩郵便番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	⑪電話番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
	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。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; font-size: 2em; color: red; text-align: center;">見本</div>	
	⑬(ツツキ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		⑭(ツツキ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	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。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
	⑯(つづき) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		

⑰承認年月日 年 <input type="text" value="7"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>	⑱指定・指名期間末日 年 <input type="text" value="7"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>	⑲指定取消年月日 年 <input type="text" value="7"/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/>
--	--	--

※労災診療費の振込先を記入してください。 振込金融機関名 <input type="text" value=""/> 銀行 金庫 組合	振込店舗名 <input type="text" value=""/> 本店 支店 代理店 出張所	⑳金融機関コード <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
㉑預金種別 <input type="text" value=""/> 普通…1 <input type="text" value=""/> 当座…3	㉒預金の口座番号(左ツメ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	㉓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。 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
㉔(ツツキ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
㉕(ツツキ) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		

㉖一括番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
--

※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。

様式第22号(裏面)

[注意]

- 1 以下の標準字体を参照すること。

ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
サ	シ	ス	セ	ソ	タ	チ	ツ	テ	ト	+	-	.	、	#	*	¥	∴	(	)
ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	「	」								
マ	ミ	ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ										
ル	レ	ロ	ワ	ヾ	ン	。	”												

- 2 □□□ で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読み取るので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折りまげたり、糊づけしたりしないでください。

- 3 漢字文字欄にはアルファベットが記入できますが、カナ文字欄にはアルファベットが記入できないので、カナ文字欄においてはアルファベットはカタカナに直して記入してください。(例) 

エ	-	エ	ム	□
---	---	---	---	---

- 4 カナ文字欄の濁点、半濁点は1文字として取り扱ってください。(例) 

ホ	□	ン	ト	”
---	---	---	---	---

- 5 漢字文字欄の濁点、半濁点は1文字として取り扱わないでください。(例) 

ホ	ン	ド	□	□
---	---	---	---	---

- 6 記入すべき事項のない記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には、事項に付されている番号を記入枠に記入してください。

- 7 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式左上に付された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ、アラビア数字及び楷書で明りょうに記入してください。

- 8 この報告書はノーカーボンの2枚複写式となっていますから、記入後は提出用を指定を受けた労働局長へ提出し、控は保管してください。

- 9 ②については、既に労災指定薬局・指名機関として指定・指名番号を有している場合、当該指定番号を記入してください。

- 10 ④から⑦については、指定・指名機関名を判読し易いよう適宜空欄で区切り(法人の種類と名称の間は1文字あけて記入してください。)、左詰めで記入してください。また、光学的文字読取装置(OCR)では括弧は判読できないため、「(」は「#」に、「)」は「+」に記号を変えて記入してください。

なお、④から⑤について、枠内に記入しきれないときは、下記の略語を用い、略語の次に「+」を必ず記入してください。

カ = 株式会社                      ユ = 有限会社                      シ = 合資会社

- 11 ⑫から⑮については、判読し易いよう適宜空欄で区切り、左詰めで記入してください。

なお、番地については数字、ハイフン(-)を使用してください。

- 12 ⑯については、労災診療費の受領を特定の指定薬局に委任(一括の登録)又は取消(一括の取消)した場合に、一括振込先機関の登録番号を記入してください。

- 13 口座関係1の⑳から㉓については、労災診療費の振込先を記入してください。

- 14 口座関係2の㉔から㉗については、アフターケア委託費の振込先を労災診療費の振込先と異なる口座にする場合に記入してください。

- 15 「預金の口座番号」を変更する場合は、「預金の種別」も併せて記入してください。

## 指定薬局・指名機関登録(変更)報告書

帳票種別	①局コード	②指定・指名番号：新規の場合は無記入 ※新規登録の場合は職員が記入します。	③登記・変更の別
3 4 5 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1...新規 <input type="checkbox"/> 3...変更 <input type="checkbox"/> 9...取消
※アフターケア委託費の振込情報が口座関係1と異なる場合に記入してください。			④金融機関コード
振込金融機関名	銀行 金庫 組合	振込店舗名	金融機関コード   店舗コード ※ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑤預金種別 <input type="checkbox"/> 普通...1 <input type="checkbox"/> 当座...3	⑥預金の口座番号(左ツメ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
⑦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。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
⑧(ツツキ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
⑨(ツツキ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
上記のとおり報告します。			
提出年月日 年 月 日			
指定薬局・指名機関の名称			
代表者の氏名			
印 (記名押印又は署名)			

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。