

見本

提出年月日 年 月 日
指定病院等の名称

代表者の氏名

㊞ (記名押印又は署名)

[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	ヲ	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 ⑦、⑧、⑩、⑮及び⑯の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カタカナに直して記入してください。(例)

エ	-	エ	△	□
---	---	---	---	---

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	°	ソ	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)

ポ	ソ	ド	□	□
---	---	---	---	---

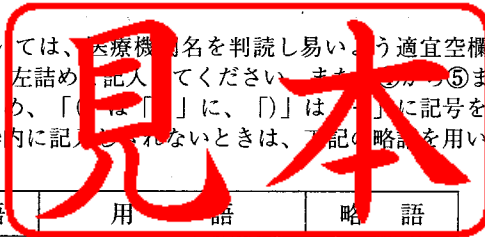
6 記載すべき事項のない記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には、事項に付されている番号を記入枠に記入してください。

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載してください。

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、記入後は提出用を所轄労働基準監督署長を経由して指定を受けた労働局長へ提出し、控は医療機関で保管してください。

9 ①については、既に労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として指定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⑧まで(⑥を除く。)については、医療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文字空けて記入してください。)、左詰め記入してください。また、⑤までについては、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までについて、枠内に記入できないときは、上記の略語を用い、略語の次に「+」を必ず記入してください。



用語	略語	用語	略語
株式会社	カ	学校法人	ガク
医療法人	イ	社会福祉法人	フク
財団法人	ザイ	国民健康保険組合	コクホ
社団法人	シャ	健康保険組合	ケンポ

11 ⑥については、下記に該当するコードを記入してください。

- 国立(国立大学付属病院を含む)..... 0 1
- 公立(都道府県、市、区、町、村営)..... 0 3
- 社会保険関係団体..... 0 5
- 公益法人..... 0 7
- 労災病院..... 0 8
- 医療法人..... 0 9
- 事業場(事業場付属病院、診療所)..... 1 1
- その他の法人..... 1 3
- 個人..... 1 5

12 ⑫から⑯までについては、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、番地は数字、ハイフン「-」を使用してください。

13 ⑮については、労災診療費の受領を特定の団体に委任(一括の登録)又は取消(一括の取消)した場合に、一括コードを記入してください。

14 ⑯については、二次健診等費用の受領を特定の団体に委任(一括の登録)又は取消(一括の取消)した場合に、一括コードを記入してください。

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

ただし、既に二次健診等費用の振込先を有しており、同様の振込先を希望する場合は記入しないでください。

16 ㉔「預金の口座番号」を変更する場合は、㉗「預金種別」も併せて記入してください。

17 ㉘から㉚までを記入する場合、④から⑧まで(⑥を除く。)の記入事項で示した略語に該当するものは、上記の略語を用い、略語の次に必ず「+」を記入してください。

※提出用の裏面に、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。

帳票種別

34552

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

指定番号入力欄

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

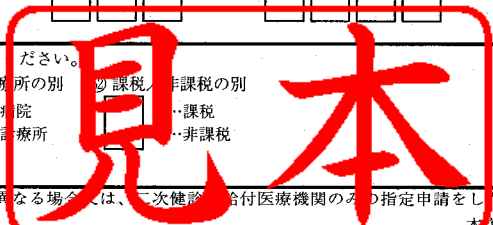
- 無記入...新規に登録するとき
1...追加(労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として登録済)
3...登録している内容を変更するとき

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。

診療科目選択欄: 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。

⑮ 医師数, ⑯ 看護師数, ⑰ 薬剤師数, ⑱ その他の従業員数, ㉑ 病床数



当該欄は、診療費電子レセプト申出を行う場合に記入してください。

⑲ 申出年月 (元号:平成は7), ⑳ 病院/診療所の別, ㉑ 課税/非課税の別

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, 振込店舗名

㉒ 金融機関コード

㉓ 預金種別, ㉔ 預金の口座番号 (左ヅメ), ㉕ 取消コード

㉖ 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。

㉗ (ツツキ)

アフターケア委託費の振込情報が口座関係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, 振込店舗名

㉘ 金融機関コード

㉙ 預金種別, ㉚ 預金の口座番号 (左ヅメ), ㉛ 取消コード2

㉜ 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。

㉝ (ツツキ)

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上で、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。

診療費電子レセプト申出を行う場合、○印及び年月を記入してください。

提出を行う電子媒体の種類	MT	FD(5インチ)	FD(3.5インチ)	MO
電子媒体確認テストの実施希望の有無		有(年 月)		無
請求開始予定年月		年	月	診療分から

見本

提出年月日 年 月 日

指定病院等の名称

代表者の氏名

㊞ (記名押印又は署名)

診療費電子レセプト申出を行う場合、○印及び年月を記入してください。

提出を行う電子媒体の種類	MT	FD(5インチ)	FD(3.5インチ)	MO
電子媒体確認テストの実施希望の有無	有 (年 月)		無	
請求開始予定年月	年 月 診療分から			

※提出用の裏面に記入してください。

[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	ヲ	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 カナ文字欄にはアルファベットが記入できないので、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	。	フ	ト	”
---	---	---	---	---

5 記載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。

6 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ように記載してください。

7 この報告書はノーカーボンの2枚複写用となっていますから、記入後は提出用を所轄労働基準監督署長を経由して指定を受けた労働局長へ提出し、控は医療機関で保管してください。

8 ①については、既に労災指定医療機関又は二次健診等給付医療機関として指定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。

9 口座関係2の⑤から⑧までについては、二次健診等費用の振込先を記入してください。

ただし、既に労災診療費の振込先を有しており、同様の振込先を希望する場合は記入しないでください。

10 口座関係3の⑨から⑭までについては、労災診療費の振込先と異なるアフターケア委託費の振込先を希望する場合は②に「1」を記入した上で振込先を記入してください。

11 ⑤及び⑥「預金の口座番号」を変更する場合は、④及び⑦「預金種別」も併せて記入してください。

12 口座関係2の⑦から⑧まで及び口座関係3の⑨から⑭までを記入する場合、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、⑦から⑧まで及び⑨から⑭までについて、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。

用語	略語	用語	略語
株式会社	カ	学校法人	ガク
医療法人	イ	社会福祉法人	フク
財団法人	ザイ	国民健康保険組合	コクホ
社団法人	シャ	健康保険組合	ケンポ

13 労災診療費の振込先と異なる二次健診等費用の振込先を労災診療費の振込先へ変更を希望する場合は、⑤「取消コード」に「9」を、アフターケア委託費の振込先を労災診療費の振込先へ変更を希望する場合は、⑥「取消コード2」に「9」を記入してください。

※提出用の裏面に、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。