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

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」を記入して下さい。

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にして下さい。

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

口座関係2（二次健診等費用）

振込金融機関名　銀行 金庫 組合

振込店舗名　本店 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下さい。

(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と異なる場合に記入して下さい。

振込金融機関名　銀行 金庫 組合

振込店舗名　本店 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下さい。

(61)（ツヅキ）

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つ折りにして下さい。

※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、記入して下さい。