様式第1号

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 | **２** | **５** |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 電話番号：　　　　　（　　　　） | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 開設者 |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 診療科 |  | | | | | | | |

※労災指定医療機関は開設者及び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「労災保険二次健康診断等給付担当規定」等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。

令和　　　年　　　月　　　日

開設者の住所及び氏名

法人の場合は、名称、代表者の職名

氏名及び主たる事務所の所在地

郵便番号 電話番号

（　　－　　 　） （　　　 －　　　－　　　）

住　所

名　称

代表者氏名

滋賀労働局長　 殿