

決	課長	係長	係
裁			

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

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※新規登録の場合は職員が記入します。

②指定コード

<input type="text"/>

- 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

<input type="text"/>

- 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

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。

名称

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下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑤(ツツキ)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑥形態別

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑧(つづき)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑨代表者の氏名(カタカナ)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑩代表者の氏名(漢字)：姓と名の間は1字あけて記入して下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑪郵便番号

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑬所在地(カタカナ)：市郡区から記入して下さい。また、左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑭(ツツキ)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑮(ツツキ)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑯所在地(漢字)：左詰めで右端の枠まで続けて記入して下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑰(つづき)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

指定関係

⑱一括コード(労災指定医療機関)

<input type="text"/>

- 一括…1
- 取消…3

⑲一括番号(労災指定医療機関)

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⑳指定年月日(労災指定医療機関)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

㉑指定年月日2(二次健診等給付医療機関)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

㉒指定取消年月日(労災指定医療機関)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

㉓指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ

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

本店
支店
代理店
出張所

㉔金融機関コード

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

㉕預金種別

<input type="text"/>

- 普通…1
- 当座…3
- 通知…5
- 別段…7

㉕預金の口座番号(左ツメ)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

㉖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下さい。

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

㉗(ツツキ)

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※印の欄は記入しなくても大丈夫。(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項をよく読んで上で、記入して下さい。

提出年月日 年 月 日
指定病院等の名称

代表者の氏名
