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

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。

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(左ゾメ)

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(左ゾメ)

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）

滋賀労働局長　殿

変更(廃止)年月日　　年　　月　　日

変更(廃止)の事由

※　変更の場合は変更箇所のみご記入ください
※　廃止の場合は通知書の送付先を明記してください
※　近畿厚生局の通知書(変更届)の写しを添付してください
　（申請中の場合はその旨記載し届き次第提出してください）

送付先

〒　　ー

所在地

名称

電話番号

提出年月日　　年　　月　　日
指定病院等の名称

代 表 者 の 氏 名