

決 裁	課長	係長	係

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

※新規登録の場合は職員が記入します。

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
- 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。

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。

⑤(ツツキ)

⑥形態別

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。

⑧(つづき)

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。

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。

⑪郵便番号

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。

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。

⑭(ツツキ)

⑮(ツツキ)

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。

⑰(つづき)

⑱一括コード(労災指定医療機関)

⑳一括コード2(二次健診等給付医療機関)

㉑一括番号(労災指定医療機関)

㉒一括番号2(二次健診等給付医療機関)

㉓指定年月日(労災指定医療機関)

㉔指定年月日2(二次健診等給付医療機関)

㉕指定取消年月日(労災指定医療機関)

㉖指定取消年月日2(二次健診等給付医療機関)

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

⑳金融機関コード

㉗預金種別

㉘預金の口座番号(左ツメ)

㉙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。

㉚(ツツキ)

※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
