■ 診機様式第２０号　　提出用１／２ ■

記　入　例

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所)
3…登録している内容を変更するとき
5…登録を取消すとき
7…指定取消年月日を取消すとき

様式裏面参考

⑥形態別 15

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。
ロウト゛ウイイン

⑤(ツヅキ)

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。
労働医院

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。
ロウト゛ウ　タロウ

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。
労働　太郎

郵便番号及び所在地

⑪郵便番号 753－8510

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。
083－995－0374

⑫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。
ヤマク゛チシナカカ゛ワラチヨウ6－

⑬(ツヅキ)
16

⑭(ツヅキ)

⑮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。
山口市中河原町6－16

⑯(つづき)

指定関係

⑬一括コード(労災指定医療機関)
一括…1
取消…3

⑭一括番号(労災指定医療機関)

⑳指定年月日(労災指定医療機関)
元号　年　月　日
※
1～9日は左へ　1～9月は左へ　1～9日は左へ

㉑指定取消年月日(労災指定医療機関)
元号　年　月　日
※
1～9日は左へ　1～9月は左へ　1～9日は左へ

㉒一括コード２(二次健診等給付医療機関)
一括…1
取消…3

㉓一括番号２(二次健診等給付医療機関)

㉔指定年月日２(二次健診等給付医療機関)
元号　年　月　日
※
1～9日は左へ　1～9月は左へ　1～9日は左へ

㉕指定取消年月日２(二次健診等給付医療機関)
元号　年　月　日
※
1～9日は左へ　1～9月は左へ　1～9日は左へ

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

㉖金融機関コード
金融機関コード　店舗コード
※

㉗預金種別
1 普通…1 当座…3 通知…5 別段…7

㉘預金の口座番号(左ヅメ)
1234567

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。
ロウト゛ウ　タロウ

㉚(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。

■ 注）裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名して下さい。

注

■ 診機様式第２１号

提出用２／２ ■

記　入　例

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	1	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	1	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	㊻看護師数	㊼薬剤師数	㊽その他の営業員数	㊾病床数
1	2	1	1	0

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）

注）裏面の提出年月日、指定病院等の名称及び代表者の氏名を必ず記名押印又は署名して下さい。

注

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。

■