|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 様式第1号 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 労災保険指定医療機関指定申請書 |
|  | 病院（診療所） | 名　称 | 　 |
|  |
|  | 所在地 | （郵便番号　　　　　　－　　　　）　 |
|  |
|  | 管理者 | 　 |
|  |
|  | 診療科 | 　 |
|  |

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条第１項の規定による病院（診療所）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「労災保険指定医療機関療養担当規程」及び「労災診療費算定基準」等の諸条項を遵守し、

労働者災害補償保険法第13条第１項、第20条の３、第22条の規定による療養の給付及び同法第29条第１項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア及び外科後処置

に従事することを承諾いたします。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（郵便番号　　　　　　－　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　○　○　労　働　局　長　殿

　※　法第29条第１項の規定による社会復帰促進等事業としてのアフターケア、外科後処置の担当を希望しない場合は、上記［　］欄の当該箇所を削除すること。