

入 会 申 込 書

病院（診療所）の所在地	
病院（診療所）の名称	
代表者又は責任者	

わたくしは労災保険指定医療機関に指定されましたので
入会申込みをします。

年 月 日

代表者又は
責 任 者

印

所属（地区医師会名）

医師会

東京労働保険医療協会

会 長 尾 崎 治 夫 殿

労災保険診療費受領委任通知書

支出官 厚生労働省労働基準局長 殿
(東京労働局経由)

指定病院等の

番号
所在地
名称
代表者又は責任者

④

私は、貴殿の支払にかかる労働者災害補償保険法に基づく診療費の受領に関しては、令和 年 月請求分より、東京労働保険医療協会を代理人と定め、その権限を委任いたしましたので、通知します。

なお、代理人の振込先金融機関名、口座番号等は次のとおりです。

フリガナ	トウキョウロウドウホケンイリョウキョウカイ
代理人の名称	東京労働保険医療協会
フリガナ	トウキョウトチヨタクカンタスルカタイ2-5 トウキョウトイシカイカン4カイ
代理人の所在地	東京都千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館4階
フリガナ	ミズホギンコウ コウジマチシテン
振込先金融機関名	みずほ銀行 麹町支店
預金種別	普通預金 口座番号 603577
フリガナ	トウキョウロウトウホケンイリョウキョウカイ カイチョウ オサキハルオ
口座名義人	東京労働保険医療協会 会長 尾崎治夫

協会費差引承諾書

厚生労働省労働基準局長より私が受け取るべき労災保険診療費の受領を貴協会に委任したことについては、受領金額より貴協会がその会費(会則に定める、受領金額の1,000分の4)を差引することを承諾する。

年 月 日

所 在 地

指定病院診療所名

代表者又は責任者

Ⓜ

東京労働保険医療協会長 殿