

労働者災害補償保険

療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等 (変更) 届

労働基準監督署長 殿

年 月 日

[病 院]
	診 療 所	
	業 局	
	訪問看護事業者	

經由

〒 -

電話 () -

住 所

届出人の

方

氏 名

印

下記により療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等を (変更するので) 届けます。

① 労働保険番号					③ 氏 名	(男・女)	④ 負傷又は発病年月日						
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			生年月日	年 月 日 (歳)	年	月	日		
					労働者の 職 種			午	前	後	時	分	項
② 年金証書の番号													
管轄局	種別	西暦年	番 号										
					⑤ 災害の原因及び発生状況 <small>(あ) どのような場所で (い) どのような作業をしているときに (う) どのような物又は環境に (え) どのような不安全又は有害状態があつて (お) どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。</small>								
③の者については、④及び⑤に記載したとおりであることを証明します。													
事業の名称 年 月 日 〒 - 電話 () -					事業場の所在地					事業主の氏名 印			
⑥ 指定病院等 の変更	変 更 前 の	名 称	(労災指定 医 番 号)										
		所 在 地	〒 -										
	変 更 後 の	名 称											
	所 在 地	〒 -											
	変 更 理 由												
⑦	傷病補償年金の支給を受けることとなった後に療養の給付を受けようとする指定病院等の	名 称											
		所 在 地	〒 -										
⑧	傷 病 名												