

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	經由
	診	療	
	薬	局	
	訪問看護事業者		

〒 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

住所

届出人の

方

氏名

㊟

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  労働者の の		④ 負傷又は発病年月日				
府県		所掌	管轄	基幹番号	枝番号	(男・女)	年 月 日  午 前 後 時 分 頃
生年月日		年 月 日 ( 歳)					
② 年金証書の番号					職 種		
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な状態があつて (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 _____ ㊟ <small>(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)</small>							
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						

様式第6号（裏面）

〔注 意〕

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出するときは
  - (1) ①、④及び⑤は、記載する必要がないこと。
  - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病補償年金の受給権者が当該傷病に係る療養に関しこの届書を提出する場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 「届出人の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		①	(       ) —