

指定医療機関等を変更するとき

様式第6号

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

通勤災害の場合は様式第16号の4

渋谷 労働基準監督署長殿

24年8月10日

病 院
診 療 所
薬 局
訪問看護事業者
△△ 経由

(郵便番号100-8916)

〇〇〇〇局

住所 千代田区霞ヶ関1-2-2 電話番号 〇〇〇〇番

届出人の

方

氏名 厚常 太郎 (男) (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。

(注 意)

- 一、事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。
- 二、⑤は、⑥のどのような場所、⑦のどのような作業をわたりやすく記載すること。
- 三、傷病補償年金の支給を受ける必要がないこと。
- 四、傷病補償年金の支給を受ける必要がないこと。
- 五、その提出が離職後であるときは事業主の氏名の証明は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができない。

① 労働保険番号		③ 氏名	厚常 太郎 (男) (女)	④ 負傷又は発病年月日	24年7月4日 午前4時00分頃
府県	所管管轄 基幹番号 枝番号		労働者 の 職 種		
1/31 07987634		生年月日	〇〇年11月10日(〇〇歳)		
② 年金証書の番号		住 所	千代田区霞ヶ関1-2-2		
管轄局	種 別 西暦年 番 号	職 種	70 スイ		
⑤ 災害の原因及び発生状況					
70 スイ工場において、材料(重ねた鉄板、重量約70g)と同僚と2人で運搬し、70 スイ機の前の床におろす際、あやまって手をばらせて、持っていた鉄板とコンクリートの床面との間に左手第2、3指をはさまれて負傷した。					
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。					
24年8月8日		事業の名称	〇〇工業株式会社	〇〇〇〇局	
		郵便番号	67-X〇X〇	電話番号 〇〇〇〇番	
		事業場の所在地	杉並区井草〇-〇	〇〇〇〇局	
		事業主の氏名	代表取締役 〇〇 良助 (印)	電話番号 〇〇〇〇番	
		(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)			
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称	〇〇工病院 (労災指定医番号)			
	所在地	杉並区井草〇-〇-〇			
	変更後の名称	△△病院			
	所在地	渋谷区代々木〇-〇			
	変更理由	通院療養のため、自宅からの距離が短い病院に がえるため。			
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	〇〇〇			
	所在地	〇〇〇			
⑧ 傷 病 名	左手示指基節骨骨折、左手中指挫傷				

事故の発生日時または発病の日を正確に記入してください。

自筆による署名の場合には、押印は必要ありません。

職種はなるべく具体的に、作業内容がわかるように記入してください。

どのような場所で、どのような作業をしている時に、どのような物・環境または状態で、どのようにして災害が発生したかをわかりやすく記入してください。

事業主の証明が必要ですが、離職後に届ける場合には、必要ありません。

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を記入してください。