

労働者災害補償保険
療養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

(郵便番号 _____)

病 院
診療所 経由
薬 局
訪問看護事業者

住 所 _____ 局 番 _____

電話番号 _____

届出人の _____ 方 _____

氏 名 _____ 印 _____

下記により療養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) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳) 住 所 _____ の 職 種 _____	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午 前 後 時 分頃
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		
② 年金証書の番号					⑤ 災害の原因及び発生状況	③の者については、④に記載したとおりであることを証明します。 年 月 日 事業の名称 _____ 郵便番号 _____ 事業場の所在地 _____ 電話番号 _____ 局番 _____ 事業主の氏名 _____ 印 _____ (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)
管轄局	種別	西暦年	番	号		
⑥ 指定病院等の変更						
⑥	変更前の	名称	_____ (労災指定医番号 _____)			
	変更後の	名称	_____			
	変更理由	_____				
⑦	傷病年金の支給を受けることに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	_____			
⑦		所在地	_____			
⑧	傷	病	名 _____			

(注 意) 二、事項を選択する場合には該当する事項を丸で囲むこと。
 (四) 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關しこの届書を提出する者であるときは、事業主の証明は受ける必要がないこと。
 (三) 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關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は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
 (二) 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關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は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
 (一) 傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に關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は、事業主の証明は受ける必要がないこと。
 「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。