

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 所 局 經由
診 療 所 局
薬 局
訪問看護事業者

(郵便番号)

住 所 電話番号 局 番

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。

〔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、①のようないかなる場合でも、②のようないかなる作業をして、③のようないかなる作業をしたか、わかりやすく記載すること。
三、傷病補償年金の支給を受ける権利が当該傷病に係る療養に關しこの届書を提出するときは、
四、傷病補償年金の支給を受ける権利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、
五、「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よって代えて、自筆による署名をすることが出来る。

Form with sections: ① 労働保険番号 (府県, 所掌, 管轄, 基幹番号, 枝番号), ② 年金証書の番号 (管轄局, 種別, 西暦年, 番号), ③ 氏名 (生年月日, 住所, 職種), ④ 負傷又は発病年月日 (年, 月, 日, 前後, 時, 分頃), ⑤ 災害の原因及び発生状況, ⑥ 指定病院等の変更 (変更前の名称/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. Includes a box for '労災指定医番号'.