

様式第16号の4

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
薬 局
訪問看護事業者

經由

住 所

電話番号

局 番

届出人の

方

氏 名

㊟

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。

(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、傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養に必要がないこと。
三、事業主の証明は受ける必要がないこと。
四、「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できる。

① 労働保険番号				③ 氏 名 (男・女)		④ 負傷又は発病年月日	
府県	所管	管轄	基幹番号	枝番号	生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日
					住 所		午 前後 時 分頃
② 年金証書の番号				の 職 種			
管轄局	種別	西暦年	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		㊟	
				(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)			
〔注意〕 事業主は、④について知り得なかった場合には、証明する必要がないこと。							
⑥ 指定病院等の変更	変更前の名称		所在地		(労災指定医番号)		
	変更後の名称		所在地				
	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		所在地		
⑧	傷 病 名						