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

労働基準監督署長 殿　　年　月　日

（病院／診療所／薬局／訪問看護事業者 経由）

（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。

① 労働保険番号					③ 労働者の		④ 負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	氏名	（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					住所		
管轄局	種別	西暦年	番号		職種		

⑤ 災害の原因及び発生状況

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。

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）

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			

〔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、◎どのような場所で、◎どのような作業をしているときに、◎どのような物・環境又は状態で、◎どのようにして災害が発生したかを、わかりやすく記載すること。

三、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、

(一)①、④及び⑤は、記載する必要がないこと。

(二)事業主の証明は受ける必要がないこと。

（物品番号 6213）10.2.