

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

○年 8月 10日

代々木第一 診療所 理由
訪問看護事業者

(郵便番号 151-)

住所 渋谷区代々木0-0 電話番号 0000 局番 0000 番

届出人の

氏名 竹内 三郎 (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、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変更理由を記入すること。
- 三、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変更理由を記入すること。
- 四、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変更理由を記入すること。
- 五、届出人の氏名を記載すること。

① 労働保険番号		③ 氏名 竹内 三郎 (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
13	10	79	87654		00年11月10日(00歳)
② 年金証書の番号		労働者の		の	
管轄局	種別	西暦年	番	号	住所
					渋谷区代々木0-0
⑤ 災害の原因及び発生状況					
プレス工場内において、材料(重板、鉄板、重量約70kg)を同僚と2人で運搬し、プレス機の前の床におろす際、あやまって手をすべらせて、持っている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。					
○年 8月 9日		事業の名称 井草工業株式会社		郵便番号 167-XXXX	
		事業場の所在地 杉並区井草0-0		電話番号 0000 局番 0000 番	
		事業主の氏名 代表取締役 山本 良助 (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)	
⑥ 指定病院等の変更	変更前の	名称	杉並北病院 (労災指定医 番号)		
	変更後の	名称	代々木第一病院		
	変更理由	通院療養のため、自宅からの距離が短い病院にかえたため。			
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			
⑧	傷 病 名	左手示指基節骨骨折、左手中指挫傷			

事故の発生日時又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入してください。

事業主の証明が必要です。ただし、離職後である場合には、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。

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 局 経 由)
 薬 局 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、③どのような場所で、③どのような作業をしていたときに、③どのような物・環境又は状態で、
 三、④①④及び⑤は、記載する必要があること。
 四、事業主の証明は、事業主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、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。
 六、「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り代えて、自筆による署名をすることができ、

① 労働保険番号				③ 氏 名 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳) 住 所 職 種	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午 前後 時 分頃
府県	所管	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及び⑤に記載したとおりであることを証明します。
管轄局	種別	西暦年	番 号		
年 月 日				事業の名称	郵便番号 -
				事業場の所在地	電話番号
				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)		
	変更後の	名称			
	変更理由	所在地			
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				