

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

渋谷

労働基準監督署長 殿

26年8月5日

△△

病 院
診 療 所
薬 療 局
訪問看護事業者

(郵便番号)

住所 千代田区霞が関 1-1-1

0000 局
0000 番

届出人の

方

氏名 東 食 太 郎

東 食 太 郎

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）届けます。

(注 意)

一、事項を選択する場合に該当する事項を丸で囲むこと。
二、①は、労働保険番号の欄に、②は、年金証書の番号の欄に、③は、氏名の欄に、④は、負傷又は発病年月日の欄に、⑤は、災害の原因及び発生状況の欄に、⑥は、指定病院等の変更の欄に、⑦は、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欄に、⑧は、傷病名の欄に、それぞれ該当する事項を記入すること。
三、①は、労働保険番号の欄に、②は、年金証書の番号の欄に、③は、氏名の欄に、④は、負傷又は発病年月日の欄に、⑤は、災害の原因及び発生状況の欄に、⑥は、指定病院等の変更の欄に、⑦は、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欄に、⑧は、傷病名の欄に、それぞれ該当する事項を記入すること。
四、①は、労働保険番号の欄に、②は、年金証書の番号の欄に、③は、氏名の欄に、④は、負傷又は発病年月日の欄に、⑤は、災害の原因及び発生状況の欄に、⑥は、指定病院等の変更の欄に、⑦は、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欄に、⑧は、傷病名の欄に、それぞれ該当する事項を記入すること。
五、届出人の氏名は、③の欄に記入すること。

① 労働保険番号	③ 氏名	④ 負傷又は発病年月日
府県 所管 管轄 基 幹 番号 枝番号	東 食 太 郎 (男・女)	26年 7 月 27 日
1 3 3 0 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇	労働者 生年月日 57 年 8 月 16 日 (31 歳)	午前 午後 10 時 40 分頃
② 年金証書の番号	住 所 千代田区霞が関 1-1-1	職 種 調理師
管轄局 種別 西暦年 番号		
⑤ 災害の原因及び発生状況		
調理場で食材を運搬中、足元にあった段差(10cm)につまずき前向きに転倒し、左肘を強打した。		
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。		
26 年 8 月 3 日 事業の名称 事業団商店株式会社 郵便番号 (150-0001) 03-3404 局 事業場の所在地 東京都渋谷区神宮前 2-6-1 0119 番 事業主の氏名 代表取締役 事業団 一郎 (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 〇〇病院 (労災指定医 番号)	
	所 在 地 渋谷区神宮前〇-〇-〇	
	変 更 後 の 名 称 △△病院	
	所 在 地 千代田区霞が関〇-〇-〇	
	変 更 理 由 自宅からの距離が近い	
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	左肘頭骨折	

事故の発生日時また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。

事業主の証明が必要です。ただし、離職後に届ける場合には、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。

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・環境または状態で、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。