

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

	病	院	經由
	診	療	
	薬	局	
	訪問看護事業者		

〒 \_\_\_\_\_  
電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

住所

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。

① 労働保険番号	③ 氏名  労働者の の		④ 負傷又は発病年月日
府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号		(男・女)	年 月 日
② 年金証書の番号		生年月日 年 月 日 ( 歳)	午 前後 時 分頃
管轄局 種別 西暦年 番号		住所	
		職 種	
⑤ 災害の原因及び発生状況 <small>(あ)どのような場所を(い)どのような方法で移動している際に(う)どのような物で又はどのような状況において(え)どのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること</small>			
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。			
事業の名称			
年 月 日	〒 _____	電話 ( _____ ) _____	
事業場の所在地 _____			
事業主の氏名 _____ ㊟			
<small>(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)</small>			
[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	( 労災指定医番号 )	
	変更後の名称	〒 _____	
	変更理由		
⑦	傷病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			

様式第16号の4(裏面)

⑨その他就業先の有無		
有 無	有の場合のその数 (ただし表面の事業場を含まない)	有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合の特別 加入状況(ただし表面の事業を含まない)
	社	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称
労働保険番号(特別加入)		加入年月日
		年 月 日

[注意]

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 傷病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
  - (1) ①、④及び⑤は記載する必要がないこと。
  - (2) 事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 3 傷病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場合以外の場合で、その提出が離職後であるときには事業主の証明は受ける必要がないこと。
- 4 「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代えて、自筆による署名をすることができること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		(印)	( ) —