

指定病院等（変更）届の記載例

通勤災害の場合は
様式第16号の4

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

札幌東 労働基準監督署長 殿

27年9月30日

〇〇

病 院
診 察 所
薬 局
訪問看護事業者
理由

(郵便番号 065-0025)

住所 札幌市東区北25条東3丁目7-5 電話番号 444 局番 444 番

届出人の

氏名 揮送 太朗

FP

下記より療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更するので）届けます。

〔注意〕

① 労働保険番号		③ 氏名	④ 傷病又は発病年月日
府県	所管	氏名	27年9月
01	11893	運送 太朗	日
基幹番号	枝番号	労働年月日	27年9月
628	000	昭和36年8月26日(54歳)	午後10時00分
② 年金証書の番号		職種の	
管轄局	種別	住所	
		札幌市東区北25条東3丁目7-5	
		職種の	
		運送	

⑤ 災害の原因及び発生状況

札幌市中央区(株)〇〇〇ハ 荷物(600×400×500mm)を運搬中、
雨で濡れていた廊下で滑り転倒し右足首を負傷した。

⑥ 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。

27年9月29日 事業の名称 運送業あゆみ一人親方組合
郵便番号(065-0025) 723 局番 6266
事業場の所在地 札幌市東区北25条東7丁目3番15号 電話番号
組合長 向田裕一 運送 印
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	△△病院	労災指定 医 番号
	所在地	札幌市南区真駒内 〇〇-〇	
変更後の	名称	〇〇病院	
	所在地	札幌市東区北25条 〇〇-〇〇	
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		
	所在地		
⑧ 傷 病 名	右足首捻挫		

自署による署名の
場合には、押印は不要

事故の発生日時
または発病の日時を
正確に記入

職種はなるべく
具体的に作業内容が
わかるように記入

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
ものまたは環境に、ど
のような不安全または
有害な状態があって、
そのような災害が発生
したかを分かりやすく
記入

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