様式第16号の4（表面）

様式第十六号の四を次のように改める。

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
診療所
薬局
訪問看護事業者
経由

〒　－

電話（　）　－

届出人の　住所　　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労働者の	氏名	（男・女）	④負傷又は発病年月日
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号		生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日
						住所		午前後　時　分頃
②年金証書の番号						職種		
管轄局	種別	西暦年	番号					

⑤　災害の原因及び発生状況

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。

年　月　日

事業の名称

〒　－　　電話（　）　－

事業場の所在地

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）

〔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
		所在地	〒　－
	変更後の	名称	
		所在地	〒　－
	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		