

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

住所

(郵便番号 \_\_\_\_\_)

局番

電話番号 \_\_\_\_\_

番

届出人の方

氏名

印

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。

## 〔注意〕

二、  
 事、  
 傷事、  
 一、  
 事、  
 届業傷事、  
 事項、  
 出主病業、  
 年主病業、  
 人年の主金の及  
 の証金の及  
 氏明の証び受  
 名は受明、  
 「受給者はは權  
 の受け權受、  
 権者け記がに  
 櫛及必がる載當  
 及び要當必す該  
 一が該要傷病當  
 事な傷病必要事  
 業い病な必要事  
 主こいが係事項  
 のと係こなる事  
 の氏名」の欄は、  
 記名押印すること  
 に提出するとき  
 は、

① 労働保険番号					③ 氏名 年 生月日 勤 住 所 の職種	(男・女) 年 月 日 (歳)	④ 負傷又は発病年月日 年 月 日 午 前 後 時 分頃
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号			
2   6   3   0   1   9   3   0   9   2   0   9   1   5							
② 年金証書の番号							
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。

事業の名称

年 月 日 郵便番号 ( 610 - 1131 )

事業場の所在地 京都府京都市西京区大原野上羽町318

電話番号 075-332-0666 局番

事業主の氏名

社会福祉法人大原野児童福祉会 理事長 櫛引雄一

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)

〔注意〕事業主は、④について知り得なかつた場合には、証明する必要がないこと。

⑥ 指定病院等の変更	変更前の 所在地	名称	( 労災指定 医番号 )
	変更後の 所在地	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 所在地	名称	
⑧	傷病名		