



赤い枠内の下線は必ずご記入ください

様式第6号(表面)

労働者災害補償保険

療養補償給付及び複数事業労働者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	所	
	療	局	
	薬	経	
	訪問看護事業者	由	

〒 _____
 電話() _____

住所

届出人の

氏名

方

下記により療養補償給付及び複数事業労働者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	山田太郎 (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	S58年 1月 1日(43歳)	令和7年 6月 24日						
3	4	1	0	1		4	5	6	7	8	9	0	0	0
② 年金証書の番号						住所	広島市中区立町1番24号	午前 午後						
管轄局	種別	西暦年	番号		職種		3時00分頃							

⑤ 災害の原因及び発生状況 (あ)どのような場所で(い)どのような作業をしているときに(う)どのような物又は環境に(え)どのような不安全な又は有害な状態があつて(お)どのような災害が発生したかを簡明に記載すること。

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。

事業の名称

年 月 日

〒 _____ 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)

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	傷病補償年金又は複数事業労働者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		