

被災労働者が転院したとき

転院日 年 月 日

氏名	
----	--

加入している保険	健康保険（扶養家族 有・無） 厚生年金保険 雇用保険
----------	-------------------------------

	作成書類	頁	提出期限	届出先	チェック
23	療養（補償）たる療養の給付を受ける 指定病院等（変更）届	148	速やかに	転院先 病院	

必要事項	チェック	備考
診療した医療機関名の確認		

備考
