

Claims
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

請完成表格并郵寄至勞工與工業部 (Department of Labor and Industries)

傳真：360-902-4567

或

郵遞至：

Department of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44292
Olympia WA 98504-4291

索償號碼： _____

請於該日期轉移我的案件 _____
日期（更換的醫療護理提供者）

當前服務提供者名稱或姓名：	提供者身份號碼 /NPI 號碼
---------------	-----------------

新服務提供者名稱或姓名：	提供者身份編號 /NPI 編號
--------------	-----------------

新服務提供者地址：			
街道	城市	州	郵遞區號

轉移原因：

索償者姓名	今日日期		
地址	市	州	郵遞區號

索償者簽名
