

Claims  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

フォームをすべて記入し、労働産業局 (Department of Labor and Industries) まで郵送してください。  
ファックス - 360-902-4567

または

郵送先住所:  
Department of Labor and Industries  
Claims Section  
PO Box 44292  
Olympia WA 98504-4291

請求番号 : \_\_\_\_\_

このケースの移行をお願いします \_\_\_\_\_  
日付 (ヘルスケア・プロバイダーの変更)

現在のプロバイダー名	プロバイダーの ID# NPI #
------------	-------------------

新プロバイダー名	プロバイダーの ID #/NPI #
----------	--------------------

新プロバイダーの住所			
ストリート名	市	州	郵便番号

移行理由

請求者の氏名	本日の日付		
住所	市	州	郵便番号

請求者の署名
--------