Dept of Labor & Industries State Fund PO Box 44291 Olympia WA 98504-4291

Dept of Labor & Industries Self-Insurance PO Box 44892 Olympia WA 98504-4892 ファックス:360-902-6100 ファックス:360-902-6900



## クレーム再開の申請書 病状の悪化による

## 労働者の情報

請求番号

病状が悪化して医療サービスが必要となった場合には、該当部分を完全に記入して、30 日以内に、ご自身の担当医に提出してください。病状 が悪化して医療サービスが必要となった場合には、60日以内に本人が記入して提供した申請書を保険局または自己保険者が受理しなければな りません。

病状が悪化し、60 日以上の間にクレームが終了している場合にのみ、本用紙をご利用ください。職場で*新たに*負傷した場合、新たな「労働災 害または職業病に関する報告書」をご記入ください。

再開の決定がたされる前に労働時間喪失補償給付が支払われた場合 およびクレームが再開されたい場合 こうした給付を返金する必要があり

氏名 (名、ミドルネー	部門が受領してから <b>90</b> 日.			から、お名前が変わり	1 生 1 た か 9	
八石 (石、ミドルイ)	- ム、妊)				えになった場合は、以前のお	
			名前をご記入くださ		んになりに場合は、以前のお	
自宅の電話番号			社会保障番号(身元確認の目的のみ)			
H 1 - 1 - 1 - 1 - 1				() -< ) H ) - (I A )		
見在の自宅の住所			郵送先住所(自宅の住所と異なる場合)			
<b>市 州 郵便番号</b>			市 州 郵便番号			
□ 代理人が対応する	ことを希望します (代理人の	の氏名と住所をご記入くた	<i>ごさい</i> )。			
具加に収升なした口	<u></u>		クレームの終了目			
技術に怪我を した口	な初に怪我をした日時			クレームの於「口		
最初の怪我をしたと	刃の怪我をしたときの雇用者			クレームの終了時にあなたを治療していた医師の氏名		
'体のどの部分がこの怪我/病気に影響を受けていますか?			クレームの終了後に状態が悪化した日付			
現在の身体愁訴。ど	のようなものですか?		クレームの終了日以	降に、新たに怪我/病	気をしましたか?	
2011 · 2011 · C					えになった場合は、理由をご	
			記入ください。			
前務中または勤務外	の負傷/事故のため状態は悪	化しましたか?	クレームが終了して	以来、この状態に対す	トる治療を受けていますか?	
	、 「はい」とお答えにな				えになった場合は、治療して	
記入ください。			いる医師の名前と住	E所をご記入ください	<b>)</b> 0	
医師の氏名		電話番号	医師の氏名		電話番号	
市	州	郵便番号	市	州	郵便番号	
あなたは現在就職し						
	え 「いいえ」とお答えに こ勤務した日付:	こなった場合は、その理! 	田をこ記入くたさい。	□ 返職 □ 割	務できない □ 一時解雇	
	金のいずれかに申請するか、					
	休暇 □ 公的扶助 □ 災害補償保険はあります』			ジョーンズ・アク	、 鉄道従業員退職年金)	
現在または過去の雇		() () ()				
生所					電話番号	
Ħ				州	郵便番号	
事業の種類			この雇用者の下でい	この雇用者の下でいつから勤務していますか?		
あなたの職制と職務						
あなたの職制と職務						
	、その他の雇用者とあなたの	の職制は何ですか?				

及ぶ限り真実であることを宣言します。私は、本用紙に署名することで、医者、診療所、または医療情報を持つ他の者が労働産業省お よび/または自己保険者に私の往診記録を公開することを許可します。

請求者の署名 日付

Provider Information	Claim number
Please complete this form and send it to the State Fund Program or current medical condition is due to a worsening of a previous injury. Worsening of the allowed condition since the date of closure <b>and</b> that new injury.	A claim can <b>only</b> be reopened if there has been an objective
The completed application <i>must</i> be received by the Department or s by a worsening of the worker's condition.	elf-insurer within 60 days of any medical services made necessary
You will be paid for the office call and diagnostic studies necessary to not authorized by the department will depend on our decision on the Provider Network (MPN) to be designated as attending provider, in workers' compensation benefits (exception: out-of-state providentities cannot be paid for services provided more than 60 days priorensure timely action on this reopening application. Please mail to this form.	reopening request. You must be participating in the L&I Medical administer treatment, or certify physical restrictions resulting riders don't need to be in the MPN). If the claim is reopened, or to our receipt of the form. Answer all questions completely to
Please describe patient's current symptoms.	
What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after claim closure?	Are the symptoms the result of the covered injury?  ☐ Yes ☐ No
Upon what information did you rely to make comparison to substantiate wor  ☐ Provider at the time of claim closure ☐ Reviewed the previou	
Other:	
Does the current condition prevent the patient from working?  No Yes If yes, estimate number of days off work:	Beginning date of current disability
Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from the patient from the patient from the patient from the patient return to work with modified or different duties (i.e. light, so	
List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery	
What is your specific curative treatment plan? Please include expected reco	overy time and indicate when the patient may return to some form of work.
Diagnosis of condition found by examination.	
ICD Codes.	

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely. Please retain a copy of this reopening application for your records.

Zip Code

Provider number

Provider phone number

Provider's signature and date

State

Provider name (please print)

Provider address

City