



# クレーム再開の申請書

## 状態の悪化のため

### 労働者の情報

迅速な対応のため、すべての欄にご記入ください。

病状が悪化し、60日以上の間クレームが終了している場合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。

再開の決定がな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ない場合、こうした給付を返金する必要があります。再開申請を部門が受領してから90日以内に、あなたは再開の申請に関する情報を受け取ります。

氏名 (名前、ミドルネーム、苗字)	クレームが終了してから名前は変わりましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」とお答えになった場合は、以下の名前をご記入ください：
自宅の電話番号	社会保障番号 (身元確認の目的のみ)
現在の自宅の住所	郵送先住所 (自宅の住所と異なる場合)
市 州 郵便番号	市 州 郵便番号
<input type="checkbox"/> 代理人が対応することを希望します (代理人の氏名と住所をご記入ください)	

最初に怪我をした日時	クレームの終了日
最初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
身体のどの部分がこの怪我/病気に影響を受けていますか？	クレームの終了後状態は悪化した日付

現在の身体症状はどのようなものですか？	クレームの終了日以降、新たに怪我/病気をしましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」とお答えになった場合は、理由をご記入ください
勤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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」とお答えになった場合は、理由をご記入ください	クレームが終了して以来、この状態に対する治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」とお答えになった場合は、治療している医師の名前と住所をご記入ください。
医師の名前 電話番号	医師の名前 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ていますか？  
 はい  いいえ 「いいえ」とお答えになった場合は、その理由をご記入ください。  退職  勤務できない  一時解雇  辞職  
最後に勤務した日付：

以下に記載した給付金に申請、または受け取っていますか？  
 失業  病気休暇  公的扶助  退職手当  所得補償保険  
 その他に労働者災害補償保険はありますか？ (つまり沿岸港湾労働者災害補償法、ジョーンズアクト、鉄道従業員退職年金)

現在または過去の雇用者

住所	電話番号
市 州	郵便番号
事業の種類	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	

クレームの終了以降、その他の雇用者とあなたの職制は何ですか？

注記：労働給付を得るために虚偽の記載をすることは、民事または刑事罰の対象となります。こうした声明は私が知り信じる限り、真実であり正確であることを言明します。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 the Self Insurance Program. It will enable us to determine if the current medical condition is due to a worsening of a previous injury. A claim can **only** be reopened if there has been an objective worsening of the allowed condition since the date of closure **and** that worsening is not due to an unrelated or preexisting condition or a new injury.

You will be paid for the office call and diagnostic studies necessary to complete the form, however, payment for any additional services not authorized by the department will depend on our decision on the reopening request. **You must be participating in the L&I Medical Provider Network (MPN) to be designated as attending provider, administer treatment, or certify physical restrictions resulting in workers' compensation benefits (exception: out-of-state providers don't need to be in the MPN).** If the claim is reopened, benefits cannot be paid for services provided more than 60 days prior to our receipt of the form. **Answer all questions completely to ensure timely action on this reopening application.** Please mail to the appropriate address on the reverse side. Do **not** attach a bill to this form.

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

List all the elements of your current medical findings including history, examination, and test results that would support a **measurable (objective) worsening** of the industrial injury or occupational disease since claim closure or the last reopening denial. **Attach test results and findings.**

Upon what information did you rely to make comparison to substantiate worsening? Check appropriate box.

Provider at the time of claim closure  Reviewed the previous medical file  Contacted the previous provider

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 working. Please provide the basis for your opinion.

Could the patient return to work with modified or different duties (i.e. light, sedentary work or transitional part time work)?

List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery.

What is your specific curative treatment plan? Please include expected recovery time and indicate when the patient may return to some form of work.

Diagnosis of condition found by examination.

ICD Codes.

Provider name (please print)

Provider number

Provider address

Provider phone number

City

State

Zip Code

Provider's signature and date

**Benefits may be delayed if this form is not filled out completely.**

*Please retain a copy of this reopening application for your records.*