

Claims  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

请填写此表并将其交回劳工工业部 (Department of Labor and Industries)  
传真至: 360-902-4567

或

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

申请编号: \_\_\_\_\_

请转移本人的个案 \_\_\_\_\_  
日期 (变更保健服务提供者)

当前服务提供者姓名	服务提供者 ID 编号/国家提供者标识 (National Provider Identifier, NPI) 编号
-----------	--

新服务提供者姓名	服务提供者 ID 编号/NPI 编号
----------	--------------------

新服务提供者地址			
街道	城市	州	邮政编码

转移原因: _____ _____ _____
----------------------------------

申请人姓名	今日日期		
地址	城市	州	邮政编码

申请人签名
-------