様式第16号の11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 労働者災害補償保険  傷病の状態等に関する報告書 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①労働保険番号 | | 府県 | | | 所掌 | 管轄 | | 基幹番号 | | | | | | 枝番号 | | | ③ | 負傷又は発病年月日 | 年月日 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ②労働者の | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | ④ | 療養開始年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　日　(　　　　　歳) | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤傷病の名称、部位及び状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | (診断書のとおり。) | | |
| ⑥添付する書類その他の資料名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

　上記のとおり報告します。

　　　　　年　　　月　　　日

〒　　―　　　　電話(　　　)　　―

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 報告人の | 住所  氏名 |

　　　　　　　労働基準監督署長　殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 社会保険労務士記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号 |
|  |  | (　　　)　　　― |