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 |
| 　 |  | (　　　)　　　― |