

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負傷又は発病日 年 月 日	年 月 日	
②労働者の	フリガナ 氏名						④療養開始日 年 月 日	年 月 日
	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
			() _____