

労働者災害補償保険
傷病の状態等に関する報告書

労働保険 番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	負傷又は 発病年月日	年 月 日
フリガナ 氏名							
労働者 の	生年月日	年 月 日(歳)			療養開始 年月日	年 月 日	
	フリガナ 住所						
傷病の名称、部位 及び状態		(診断書のとおり)					
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

(郵便番号 _____)

電話番号 (_____) _____ 局 番

住 所 _____

報告人の

氏 名 _____

Ⓔ

_____ 労働基準監督署長 殿