

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							療養開始 年月日
生年月日	年 月 日(歳)						
フリガナ 住所							
労働者の							
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 _____

(印)

_____労働基準監督署長 殿