様式第16号の2（表面）

労働者災害補償保険

傷病の状態等に関する届

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	フリガナ								
	労働者の氏名					（男・女）			
	労働者の生年月日	年　月　日（　歳）					④	療養開始年月日	年　月　日
	労働者の住所 フリガナ								
⑤	傷病の名称、部位及び状態	（診断書のとおり。）							

⑥ 厚生年金保険等の受給関係	厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		被保険者資格の取得年月日	年　月　日
	当該傷病に関して支給される年金の種類等	年金の種類	厚生年金保険法の　イ 障害年金　ロ 障害厚生年金 国民年金法の　イ 障害年金　ロ 障害基礎年金 船員保険法の障害年金	
		障害等級	級	
		支給される年金の額	円	
		支給されることとなった年月日	年　月　日	
		厚年等の年金証書の基礎年金番号・年金コード		
		所轄年金事務所等		
⑦	添付する書類その他の資料名			

⑧ 年金の払渡しを受けることを希望する金融機関又は郵便局	金融機関（支店等を除く。（郵便貯金銀行の）	名称	※金融機関店舗コード		
			銀行・金庫 農協・漁協・信組	本店・本所 出張所 支店・支所	
		預金通帳の記号番号	普通・当座　第　号		
	郵便局等又は郵便貯金銀行の支店		※郵便局コード		
		フリガナ 名称			
		所在地	都道府県　市郡区		
		預金通帳の記号番号	第　号		

上記のとおり届けます。

〒　－　　電話（　）　－

年　月　日

届出人の　住所

氏名　㊞

労働基準監督署長 殿

□本件手続を裏面に記載の社会保険労務士に委託します。

個人番号

様式第十三号（裏面）注意7中「できる」を「できること」に改め、同7の次に次のように加える。

8　「個人番号」の欄については、請求人（申請人）の個人番号を記載すること。

9　本件手続を社会保険労務士に委託する場合は、「請求人（申請人）の氏名」欄の下の□にレ点を記入すること。

様式第十六号の二（表面）を次のように改める。