様式第十六号の十一を次のように改める。

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 / 氏名 / 生年月日 / フリガナ / 住所	年月日（歳）					④療養開始年月日	年月日
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

（注意）「報告人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができること。

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
		㊞	（　）　－