

負傷原因届書

被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏名	<small>自署の場合は捺印省略可</small> ㊟
事業所の名称			
負傷者氏名		<u>生年月日</u> S・H・R 年 月 日	<u>続柄</u>
傷病名 (負傷の程度)	()		
最初に診療 手当を受けた 医療機関	病院名		
	所在地	TEL ()	
負傷の状況 〔何をしている ときに、どうして 負傷をしたか詳細 に記入する。〕	負傷年月日時	令和 年 月 日 時 分	
	負傷場所		
	該当する 箇所に○	勤務中・休憩中・出勤前・帰宅後・通勤途中・ 休日・自宅・その他 ()	
	<u>負傷原因</u>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
事業主 の意見	労災・通災・その他		
	<hr/> <hr/> <hr/>		
	<hr/> <hr/> <hr/>		

キリンビール健康保険組合 御中

調査印	
-----	--