

負傷原因・状況報告届

被保険者等 記号・番号		被保険者 氏名	自署の場合は捺印省略可 印	
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒ — —				
事業所の名称				
負傷者氏名		生年月日 S・H・R 年 月 日	続柄	
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 ()		
負傷または 発症の状況 何をしている時に どうして 負傷・発症したか 具体的に記入	年月日時	令和 年 月 日 () 時 分		
	場所			
	該当する 箇所に○	勤務中・勤務日の休憩中・出勤前・帰宅後・通勤途中・ 休日・自宅・その他 ()		
	<u>負傷原因・発症状況</u>			
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
対象者のみ どちらかに○を付けてください	学校管理下での負傷のため、日本スポーツ振興センター へ「災害共済給付」の申請をしますか。 (学校施設内・登下校中・部活動中・課外活動中、等)			はい・いいえ
事業主意見	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	
-----	--