負　傷　原　因　届　書

被保険者等 記号・番号	10000 1234567	被保険者の 氏　　名	自署の場合は捺印省略可 キリン　太郎　㊞
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 → マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。			
事業所の名称	キリンビール株式会社		
負傷者氏名	キリン　太郎	生年月日 S・(H)・R　5 年 5 月 5 日	続柄 本 人
傷　病　名 (負傷の程度)	左アキレス腱断裂 （　4週間ギプス固定。しばらくリハビリ予定。　）		
最初に診療手当を受けた医療機関	病　院　名	いろは警察総合病院	
	所　在　地	東京都中野区中野 4-20-1 TEL　03（4567）8888	
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　7 年　5 月　18 日　15 時　30 分	
	負傷場所	東京都〇〇総合公園のグラウンド	
	該当する箇所に〇	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（　　）	
	負傷原因 友人とサッカーの練習をしていて、ウォーミングアップのときにスタートダッシュをしたら、パチンと音がして歩けなくなった。 すぐに病院に行ったところ、アキレス腱が切れていた。		
事業主の意見	労　災・通　災・その他		
	休日の出来事であり、内容から労災・通災・第三者行為にはあたりません。 事業主にてご記入ください。		

キリンビール健康保険組合　御中

チェックした方の印を忘れずに！

調査印	印

2025.4