

第三者の行為による被害届

医療福祉費 受給者番号 保険証記号番号			対象者 氏名	男 女 明・大 昭・平年 月 日生
その事故の要旨等 (日時, 場所, 状況等)				
疾病又は負傷の状況				
第三者の住所(居所)及び 氏名(名称) 住所(居所)が明らかでない ときはその旨				
示談の有無	有・無 (示談があった場合は示談書の写しを添えること)			
損害賠償金の額				
上記金額の受領年月日 (見込)	令和 年 月 日			
<div>上記のとおりお届けいたします。</div> <div>令和 年 月 日</div> <div>市長 殿</div> <div>届出人 受給者又は 住 所 保護者等 氏 名</div> <div>(注) 押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。 押印を拇印に代えることは、差支えありません。</div>				