

## 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		
上記のとおりお届けいたします。			
令和 年 月 日			
市長殿			
届出人	受給者又は 保護者等	住 所	氏 名
(注)押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。 押印を捺印に代えることは、差支えありません。			