

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	1234567	水戸市 1000000000	対象者 氏名	水戸 太郎 男 明・大 昭・平 25 年 3 月 1 日生
その事故の要旨等 (日時, 場所, 状況等)	令和3年7月 31 日に, 水戸市●●町内の道路にて, 本人が自転車で走行中 に, 右折してきた相手の車と接触して負傷した。			
疾病又は負傷の状況	右腕を骨折			
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	水戸市●●町▲▲ー■ 水戸 三郎			
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 3 年 8 月 1 日 市長 殿 届出人 受給者又は 住所 水戸市■■■1丁目ー▲ー● 保護者等 氏名 水戸 花子 (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。				