

第9号様式（第9条関係）

第三者の行為による被害届

年 月 日

清須市長 様

届出者 住 所
氏 名

印

電 話 （ ）

次のとおり第三者による被害がありました。

事 故 発 生 日	年 月 日 午（前・後） 時 分頃	事故発生 場 所				
受給者番号 医療証番号	保険者名	事故原因 と 状 況				
被 害 者 名 （受給者名）	医療保険の 記号・番号		職 業			
	フリガナ		続 柄			
	氏 名		生年月日	年 月 日		
	個人番号					
第 三 者 （加害者） に 関 する 事 項	加 害 者 （運転者）	氏 名		生年月日	年 月 日	
		住 所				
		職 業		電 話	（ ）	
	保 有 者 （契約者）	氏 名		電 話	（ ）	
		住 所				
		加 害 者 との関係	本人・親族（続柄 ）・事業主・その他（ ）			
	自 賠 責 保 険	有	保険会社	証明書 番 号		
		無				
	任 意 保 険	有	保険会社	支店名	課 名	担 当 者 名
無		証券番号	電 話	（ ）		
医療機関の所在地・名称（氏名）		傷 病 名	初 診 日	年 月 日		
当 初			保 険 診 療	有・無		
			保 険 診 療 開 始 日	年 月 日		
転 医 後			診 療 見 込 期 間			
			診 療 見 込 金 額	円		