

第10号様式（第12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)	受給者番号		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			

認定区分6（ひとり暮らし）・7（寝たきり・認知症）の場合のみ個人番号を記載してください。