

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		