

第9号様式（第10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					