様式第7号(第11条関係)

福　第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 公費負担者番号 | |  | | | フリガナ  氏名  (受給者) | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 受給者番号 | |  | | |  | | | | | | | | | 被保険者氏名 | |  | |
| 個人番号 | |  | | |
| 年　　月　　日生 | | | | | | | | | 続柄 | |  | |
| 被保険者証の記号・番号 | | | | | 記号 | | |  | | | 番号 | | | | | |  | | | |
| 保険種別・保険者番号 | | | | | 種別 | | |  | | | 番号 | | | | | |  | | | |
| 加害者 | 住所 | |  | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 負傷の日時及び場所 | | | | 年　　月　　日  午前・午後　　　時　　　分頃 | | | | | | | (場所) | | | | | | | | | | |
| 発病の原因又は負傷時の状況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病又は負傷の程度 | | | |  | | | | | | | | | 治癒までの見込み | | | | 入院　　　　　　　　日  通院　　　　　　　　日  診療費総額　　　　　　　　円 | | | | |
| 健康保険による診療 | | | | 年　　　月　　　日からしている。 | | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた保険医療機関名 | | | | 当初 |  | | | | | | | | | 転医後 | | | | |  | | |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | | 自賠責保険契約会社名 | |  | | | | | | | | | 証明書番号 | | | | | | 第　　　　　　　　　　号 | | |
| 契約者住所 | |  | | | | | | | | | 契約者氏名 | | | | | |  | | |
| 所有者住所 | |  | | | | | | | | | 所有者氏名 | | | | | |  | | |
| 登録番号又は車両番号 | |  | | | | | | | | | 車台番号 | | | | | |  | | |
| 任意保険(対人)の有無 | | 有 | | | 保険会社名：  住所：  電話：  担当者氏名： | | | | | | | | | | | | | | 無 |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届けます。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　龍ケ崎市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 受給者又は保護者等 | | | | |  | (住所)  (氏名)　　　　　　　　　　印 | | | | | |