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 |