

第三者の行為による被害届

公 費 負 担 者 番 号 (受給者証の1段目の番号)		対 象 者 名 氏 名	
受 給 者 番 号 (受給者証の2段目の番号)		生 年 月 日	年 月 日
その事故の要旨等 (日時・場所・状況等)	(区分) 交通事故 ・ 暴力(ケンカ) ・ 動物による負傷 ・ その他		
	(日時)		(場所)
	(状況)		
	(確認) 学校管理下(登下校・部活中含む)の事故である。		はい ・ いいえ
	(確認) 労災保険の給付対象となる業務上または通勤中の事故である。		はい ・ いいえ
疾病又は負傷の状況	(疾病・負傷の程度)		
	[ 治療継続中 ・ 治療完了 ] (届出時点)		
	診療機関名	治療開始日 ~ 終了日(見込)	マル福利用
	[入院 有 ・ 無]	~	有 ・ 無
	[入院 有 ・ 無]	~	有 ・ 無
第三者の住所(居所)及び氏名(名称)、 第三者が明らかでないときは、その旨	(住所) (氏名) 第三者(加害者)が不明の場合は <input checked="" type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> 理由： )		
示 談 の 有 無	有 ・ 無		
損 害 賠 償 金 の 額			
上記金額の受領年月日 (見 込)			
上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 (届出先) 土浦市長 届出人 受給者又は 住 所 保護者等 氏 名			