

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 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) <u>第三者(加害者)が不明の場合は</u> <input checked="" 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			
届出入 受給者又は 住 所			
保護者等 氏 名			