

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)	〇〇〇〇〇〇〇〇	対象者名 氏名	土浦 一郎
受給者番号 (受給者証の2段目の番号)	〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	令和 〇年 〇月 〇日
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) 令和〇年〇月〇日 午前〇時〇〇分頃		(場所) 土浦市〇〇〇
	(状況) 自家用車を運転中、交差点内で右方向から走行の車に衝突された。		
	(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) ～骨折、～打撲 等		
	[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
	〇〇病院 [入院: 有 ・ 無]	R 7. 4. 1 ～ R 7. 4. 30	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) 土浦市下高津〇ー〇		
	(氏名) 高津 花子 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 〇年 〇月 〇日 (届出先) 土浦市長 届出人 受給者又は 住所 土浦市大和町〇〇〇 保護者等 氏名 土浦 一郎			