

別添 1

第 9 号様式（第 8 条関係）

乳幼児医療費助成制度に係る第三者行為による傷病届

対象者 (被害者)	負担者番号										加入保険者名									
	受給者番号										保険者番号									
	氏名		(年 月 日生)								被保険者氏名									
第三者行為 (事故) の状況	発生日時										発生場所									
	原因及び 被害の状況																			
第三者 (加害者)	住所																			
	氏名										電話番号	()								
	交通事故 の場合	自 賠 責 保 険	保 險 会 社 名									電話番号	()							
			所在地																	
	任意 保 険	保 險 会 社 名									電話番号	()								
所在地																				

上記のとおり、第三者の行為により被害を受けたことを届け出ます。

年 月 日

八王子市長 殿

対象者の保護者 住所
氏名

印