

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