

第11号様式(第21条関係)

ひとり親家庭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			
					被保険者記号番号			
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	保険会社名			電話番号	( )	
			所在地					
	任意保険	任意保険	保険会社名			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(子の場合はその保護者)

住所

氏名

印