

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		
			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	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

対象者の保護者 住所  
氏名

印