

第9号様式(第8条関係)

義務教育就学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 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