

様式第7号(第10条関係)

公費負担者番号の最初の2ケタと090を記入 受給者番号を記入 第三者の行為による被害届 受給者の氏名を記入	
すこやか医療費受給者証記号番号	○○・090 ○○○○○○ 対象者氏名 守谷 三郎 平成19年8月1日生 男 女
その事故の要旨等(日時, 場所, 状況等)	令和3年3月1日午前8時30分頃, 守谷市百合ヶ丘○○交差点内の優先道路側を乗用車で走行中, 右方から直進してきた車と衝突。
疾病又は負傷の状況	頰椎捻挫, 左足首骨折, 左手裂傷
第三者の住所(居所)及び氏名(名称), 日時住所(居所)が明らか出ないときはその旨	相手の住所と氏名を記入 守谷市本町○○○○ 大柏 次郎
示談の有無	有 無 (示談があった場合は, 示談書の写しを添えること) 示談有の場合のみ記入
損害賠償金の額	示談有の場合のみ記入
上記金額の受領年月日(見込み)	示談有の場合のみ記入
上記のとおりお届けいたします。 令和3年 4月 1日 守谷市長 宛て 届出人 受給者又は住所 守谷市御所ヶ丘○○○ 保護者等 氏名 守谷 太郎 印	
受給者がお子さんの場合は, 保護者を記入	