様式第7号(第10条関係)

|  |
| --- |
| 第三者の行為による被害届 |
| すこやか医療費受給者証記号番号 | 　 | 　 | 対象者氏名 | 男女 |
| 年　　月　　日生 |
| その事故の要旨等(日時，場所，状況等) | 　 |
| 疾病又は負傷の状況 | 　 |
| 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 | 　 |
| 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) |
| 損害賠償金の額 | 　 |
| 上記金額の受領年月日(見込み) | 　 |
| 　上記のとおりお届けいたします。　　　　　　年　　月　　日　守谷市長　　　　宛て |
| 届出人 | 受給者又は保護者等 | 住所氏名　　　　　　　　　　印 |