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 | |