

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)				
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>守谷市長 宛て</p> <p style="text-align: right;">届 出 人 受給者又は 住所 保護者等 氏名 印</p>				