様式第8号（第8条関係）

第三者行為による被害状況届

　　年　　月　　日

身延町長　　　　　　　　　様

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　印

電話番号

次のとおり第三者の行為により被害を受けましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害に遭った  対象者氏名 | | |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |
| 事故の状況 | 発生年月日 | | 年　　　月　　　日　　　午前・午後　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 原因とその状況 | |  | | | | | | | | | | | |
| 被害の状況 | 傷病名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 初診年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 診療期間 | | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日　見込　終了 | | | | | | | | | | | |
| 受診  医療  機関 | 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 電話　　　（　　） | | | | | | | | | | | |
| 加害者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話　　　（　　） | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償の有無 | | | 有　　　　　無 | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | |