様式第8号(第11条関係)

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 公費負担者番号 | | | | |  | | | | 氏名 | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 受給者番号 | | | | |  | | | |  | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 加害者 | 住所 | |  | | | | | 氏名 | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | 職業 | 電話 | | |
| 加害者の使用者 | 住所 | |  | | | | | 氏名 | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | 職業 | 電話 | | |
| その事故の日時及び場所 | | | 午前  　　　　年　　月　　日　午後　　時　　分頃　場所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病の原因又は負傷時の状況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病又は負傷の程度 | | | |  | | | | | | | | | | 治癒までの見込み | 入院　　　　　　　日  通院　　　　　　　日  診療費総額　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 診療を受けた医師名 | | 当初 | | 住所 |  | | | | | | | | | | 氏名 | | 電話 | | | | | | |
| 転医後 | | 住所 |  | | | | | | | | | | 氏名 | | 電話 | | | | | | |
| 自動車事故の場合 | | 自動車番号 | | | | |  | | | | | 自動車所有者住所・氏名 | | | | | 電話 | | | | | | |
| 自動車損害賠償責任保険契約会社 | | | | |  | | | | 所在地 | |  | | | | | | 証明書の番号 | | |  | |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | 左の金額の受領(見込)年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 上記のとおり届けます。  　　　　年　　月　　日  　　つくばみらい市長　　　　様  住所  届出人  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |