

第三者行為による傷病届

負担者番号								加入保険者名						
受給者番号								保険者番号						
子ども(被害者)の氏名		( 年 月 日生)						被保険者氏名						
								被保険者証 記号番号						
第三者 行為 (事故) の状況	発生日時							発生場所						
	原因及び 被害の状況													
第三者 (加害者)	住所													
	氏名								電話番号	( )				
	交通事故 の場合	自賠責 保険	保険 会社名							電話番号	( )			
			所在地											
		任意 保険	保険 会社名							電話番号	( )			
			所在地											

上記のとおり、第三者の行為により被害を受けたことを届け出ます。

年 月 日

(宛先) 中央区長

受給者(子どもの保護者) { 住所  
氏名  
電話番号 ( )