

様式第2号(第6条関係)

子ども医療費第三者行為届出書

被害者	氏名および 生年月日		年 月 日		保 険	国保	一・退	
	個人番号					社保	本・被	
加 害 者	本 人	住 所	氏 名		年 月 日生 電話( - - )			
	使 用 者	所 在 地	名 称		代 表 者	電話( - - )		
事 故 の 状 況	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃						
	発生場所							
	事故原因及び状況							
診 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度		初診		年 月 日			
			治癒まで の見込み		入院 通院 費用	日 日 円		
	保険医療機関		所在地	名称				
		所在地	名称					
損 害 賠 償 関 係	示談等の交渉 状況							
	自 賠 責 保 険	保険会社	所在地	名称		電話( - - )		
		保険契約者	住所	氏名		電話( - - )		
		保有者	住所	氏名		電話( - - )		
		運転者	住所	氏名		電話( - - )		
	証明書の番号				保険期間			
	車種		車両番号 (登録番号)	車体番号				
	任 意 保 険	(有・無) 保険会社	住所	名称		電話( - - )		
保険証券の番号				保険期間				

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

高島市長

住所

氏名

電話 ( - - )