別記様式第１７号（第１６条関係）

　　　　　　　　　　　　第　三　者　の　行　為　に　よ　る　被　害　届

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　関　　市　　長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定により次のとおり届け出ます。 |
| 事故発生日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　午　（前　・　後）　　時　　分頃 | 事故発生場所 |  |
| 事故原因と状況 |  |
| 被　害　者（被保険者名） | 被保険者記号・番号 |  | 職　業 |  |
| 世帯主との続　柄 |  |
| (フリガナ) |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 加　害　者 | (フリガナ) |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 職　業 |  | 電話番号 | （　　　　）　　　　－ |
| 医療機関の所在地・名称（氏名） | 傷　病　名 | 初　診　日 | 年　　月　　日 |
| 当初 |  |  | 保険診療開　始　日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 転医後 |  |  | 診療見込期間 |  |
|  | 診療見込金額 | 円 |