

様式第15号（第13条関係）

第三者の行為による傷病届

年 月 日

（宛先）美唄市長

住所
届出人 氏名
受給者との続柄
電話番号

下記のとおり届出します。

1 受給者に関する事項			対 象 種 別		1 重度心身障がい者 2 ひとり親家庭等 3 子ども
被 害 者	受 給 者 番 号		加 入 医 療 保 険	記 号 番 号	
	氏 名			名 称	
	生 年 月 日			被 保 険 者	
傷病発生年月日及び場所原因等					

2 第三者に関する事項			
住 所		電 話	
氏 名		勤 務 先	
示 談 事 項		自 動 車 損 害 賠 償 事 項	

3 診療に関する事項			
傷 病 名			
診 療 期 間	自 年 月 日	治療費	(見込) 円
	(見込) 日間 至 年 月 日		
医 療 機 関 名			

						処理 年 月 日	
※ 決 裁							

（注）※欄は記入しないでください。