

第9号様式（第11条関係）

高校生等医療費助成制度に係る第三者行為による
傷病届

対象者 (被害者)	負担者番号				加入保険者名				
	受給者番号				保険者番号				
	氏名 (年 月 日生)		被保険者氏名						
			被保険者 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

八王子市長 殿

高校生等の保護者 住所
氏名