

様式第11号(第13条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者被害届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
住所				
1 疾病・負傷の具体的内容				
2 事故等発生原因及び発生日				
3 受診先医療機関の名称				
4 所轄警察署の立会いの有無 (有・無)				
有るとき：警察署名_____				
5 加害者の氏名、住所及び勤務先				

上記のとおり第三者の行為を原因とする疾病又は負傷について医療その他の療養を受けたので受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

住所  
届出者  
氏名 (印)  
(受給者との続柄 )

(宛先) 三条市教育委員会

◎ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。