

様式第7号(第11条関係)

第 三 者 行 為 傷 病 届

鳴沢村長 様		年 月 日
届出人		住所 鳴沢村 氏 名 電話番号
㊟		
次のとおり、第三者行為による傷病が発生しましたので届出ます。		
受給資格者番号		
被害者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	鳴沢村
事故発生年月日		年 月 日 午前 午後 時 分頃
事故発生の場所		
事故発生の原因及びその状況		
医療機関名		
療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 見込 完了
傷 病 名		
被 害 の 状 況		
加 害 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	電話
	勤 務 先	電話