様式第8号(第12条関係)

ひとり親家庭医療費助成事由(被害)届

　　年　　月　　日

　　宇和島市長　　　　様

届出人　住所

氏名　　　　　　　　　　印

　下記のとおり第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  | 氏名 |  | |
| 療養機関名 | |  | | | |
| 療養期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | 見込  完了 |
| 被害の状況  (傷病名) | |  | | | |
| 加害者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 備考 | |  | | | |