

田辺ファーマ健康保険組合理事長 殿

第三者の行為による傷病治療完了届

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
所 属				
事故当事者氏名			被保険者との 続柄	

下記のとおり治療が完了しましたので連絡します。

治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
治療完了日 (症状固定日)	令和 年 月 日
医療機関名	

令和 年 月 日

-
-
-

被保険者 住 所

氏 名

* この届けは、治療が完了してからの提出で結構です。(他の届けと同時に提出する必要はありません。)

* 複数の医療機関で治療されている方は、医療機関ごとに一枚ずつご提出ください。