

給付 17

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	健保 太郎
所 属	× × 研究所 × × 部			
事故当事者氏名	健保 花子		被保険者との 続柄	長女

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	× × × × 整形外科病院

令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

〒 \*\*\* - \*\*\*\*\*

被保険者 住 所 ○○市○○町○○丁目○○番○○号

氏 名 健保 太郎

\*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。