

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。