

武田薬品健康保険組合理事長 殿

To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

傷病治療完了届

第三者行為による事故(交通事故含む)

Notice of Completion of Treatment

(In connection with injury or sickness due to a third-party act)

事業所・所属名/Employer/section name:	社内電話番号/Ext.:
被保険者氏名/Name of insured person:	記号・番号/Code/No.:
事故当事者名/Name of person involved in accident:	被保険者との続柄/Relationship to insured person:

下記のとおり治療が完了しましたので連絡します。

I hereby inform you that medical treatment of the person involved in the accident was concluded, as detailed below.

治療期間 Treatment period	
治療完了日または、 症状固定日 Date of completion of treatment Or date condition stabilized	
医療機関名 Medical care institution name	

Date (Y/M/D): 年 月 日
 / /

被保険者氏名
Name of insured person