

記入例

武田薬品健康保険組合理事長 殿

傷病治療完了届
第三者行為による事故(交通事故含む)

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| 事業所・所属名： 〇〇薬品工業株式会社 △△部〇〇グループ | 社内電話番号： 999-9999 |
| 被保険者氏名： 健保 太郎 | 記号・番号： 123-4567 |
| 事故当事者名： 健保 一郎 | 被保険者との続柄： 長男 |

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 | 令和〇〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇〇日 |
| 治療完了日 または、症状固定日 | 令和 〇年 〇月 〇〇日 |
| 医療機関名 | 〇〇整形外科 |

令和 〇年 〇月 〇〇日

被保険者氏名 健保 太郎