

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