

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：	社内電話番号：
被保険者氏名：	記号・番号：
事故当事者名：	被保険者との続柄：

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	
治療完了日 または、症状固定日	
医療機関名	

平成 年 月 日

被保険者氏名

㊞