

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 △△部〇〇課	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	平成20年12月1日～平成21年2月20日
治療完了日 または、症状固定日	平成21年2月20日
医療機関名	〇〇整形外科

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

