健康保険による治療が終了した(症状固定含む)場合、健康保険組合まで提出してください。

三重交通健康保険組合 理事長 殿

治療終了報告書

被保険者記号・番号	治療を受けていた者の氏名	生	年 月	日	
		昭和 • 平原	成・ 令和		
_		年	月		日

事故年月日	令和	中年	月月	目			
受診医療機関名							
治療開始年月日	令和	上 年	月	日			
治療終了年月日	令和	上年.	月	日			
上記のとおり、健康保険	による	治療が終っ	了しました	こので、報告	します。		
令和年月	<u></u> 日						
被保険者	住	所					
	氏	名				【自署】	
	電話者	番号					