

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下さい。

三重交通健康保険組合 理事長 殿

治療終了報告書

被保険者証記号・番号	治療を受けていた者の氏名	生 年 月 日
-		昭和・平成・令和 年 月 日

事故年月日 令和_____年_____月_____日

受診医療機関名 _____

治療開始年月日 令和_____年_____月_____日

治療終了年月日 令和_____年_____月_____日

上記のとおり、健康保険による治療が終了しましたので、報告します。

令和_____年_____月_____日

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____ 【自署】

電話番号 _____