

平成15年12月20日

治療終了報告書

NTT健康保険組合 殿

① 住所 長野県長野市本町1-1-1
長野マンション111号室
※氏名 健保太郎 印

① 被保険者の自宅の住所・氏名を記入する。
※氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要。

下記のとおり、被害者の負った傷病について治療が終了したので、報告します。

記

②

1. 事故発生年月日	平成15年 8月 13日
2. 事故発生場所	長野 都府 長野 市 道 県 都
3. 被害者	健保次郎
4. 加害者	保険太郎
③ 5. 治療終了年月日	平成15年12月15日

② 事故の発生年月日・場所および被害者・加害者の氏名を記入する。
なお、本様式の記入にあたっては、被保険者側を被害者として記入する。

③ 被保険者証を使用した診療（保険診療）が終了となった日を記入する。

※氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。

平成 年 月 日

治療終了報告書

NTT健康保険組合 殿

住 所

※ 氏 名 印

下記のとおり、被害者の負った傷病について治療が終了したので、報告します。

記

1. 事故発生年月日 年 月 日
.....
2. 事故発生場所 都府 市
道県 郡
.....
3. 被 害 者
.....
4. 加 害 者
.....
5. 治療終了年月日 年 月 日
.....

※ 氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。