

令和 年 月 日

治療終了報告書

協和キリン健康保険組合 殿

住 所

* 氏 名

印

*氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。

下記の通り、第三者から負った傷病について治療が終了しましたのでご報告致します。

記

1. 事故発生年月日

2. 事故発生場所

3. 被 害 者

4. 加 害 者

5. 治療終了年月日

令和 年 月 日

※ なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせてご報告致します。

その他（「治療終了報告書」:症状固定または治療終了の際ご提出ください。）