

治 愈 報 告 書

年 月 日

品 川 区 長

被保険者番号 : 09- -

被保険者氏名 : _____

第三者行為（交通事故等）による負傷により、健康保険を使用して治療していましたが、
下記のとおり治癒したので、報告します。

記

事故発生年月日 年 月 日

治癒年月日 年 月 日

傷病名 ()

最終医療機関名 ()

注 治癒とは、完全治癒のみでなく、症状固定の状態になったときも含みます。

報告者

被保険者との関係 ()

連絡先電話番号

【提出先】

〒140-8715 東京都品川区広町2-1-36
品川区 国保医療年金課 給付係 第三者行為担当
電話：03-5742-6677