

治 療 終 了 報 告 書

azbillグループ健康保険組合 御中

住 所

氏 名

下記のとおり、第三者から負った傷病について治療が終了いたしましたので
報告致します。

記

1.事故発生年月日

令和 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報告
いたします。

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。）