

治 療 報 告 書

年 月 日

立川市長 殿

被保険者記号番号

被保険者氏名

第三者行為（交通事故等）による負傷により、国民健康保険を利用して
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

印

被保険者との関係 ()

【提出先】

連絡先電話番号

〒190-8666

東京都立川市泉町 1 1 5 6 番地の 9

立川市保健医療部保険年金課医療給付係

第三者行為担当 あて