

治 癒 報 告 書

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

被 保 険 者 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、後期高齢者医療給付を受け
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 ()

【提出先】

連絡先電話番号

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1東京区政会館16F

東京都後期高齢者医療広域連合 保険部 給付管理課

第三者行為担当 あて