

治 ゆ 報 告 書

年 月 日

東京都職員共済組合理事長 殿

所 属 所 名

組 合 員 氏 名



負 傷 者 氏 名

組 合 員 番 号

第三者行為（交通事故等）による負傷により、マイナ保険証等を使用し
て治療していましたが、下記のとおり治ゆしたので、報告します。

記

事故発生年月日 年 月 日

治ゆ年月日 年 月 日

傷 病 名

- 後遺障害が残る場合は、後遺障害診断書に記載されている症状固定日を、
治ゆ年月日に記入し、後遺障害診断書の写しを添付してください。
- 後遺障害が残る場合は、必ず求償担当までご連絡ください。

提 出 先 年金保険部医療保険課（求償担当）
電話03-5320-7328