

治療終了報告書

下記のとおり治療が終了したことを報告します。

記号番号	住所	氏名
ま		

年 月 日

記

医療機関名	治療開始年月日	治療終了年月日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

治療終了後、速やかに必要事項を記入し、前橋市役所国民健康保険課国保医療係（2階 22番窓口）に届けるか、郵送してください。

〒371-8601
前橋市大手町二丁目12-1
前橋市役所
国民健康保険課 国保医療係
TEL027-224-1111 内線3248
027-898-6249（直通）