

一般財団法人日本ボクシングコミッション御中

申請日 年 月 日

【健康管理見舞金支払請求書】	
ジム名	
ボクサー名	
試合日	年 月 日
試合会場	
けがの内容	
病院名・薬局名	
入院期間	年 月 日 から 年 月 日迄
通院期間	年 月 日 から 年 月 日迄
請求額	
保険の種類	
備考	

マネージャー

印

- * 支払の対象となる事象はJBCの認定する公式試合中の事象に限る。
- * 原則として試合後コミッションドクターの指示で加療した場合に限る。
- * 支払は各種健康保険適用自己負担分のみとする。また、特別の事情のない限り個室・特別室の費用は自己負担とする。
- * 高額医療費還元制度に該当するものは、高額医療費還元申請をした後の、各種保険適用自己負担分とする。