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 / 試合会場	年　　月　　日	会場名
けがの内容(具体的に)		
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	円	種類
振込先指定口座 ＊振込先指定口座は選手(又は親族)の口座の記入をお願いします。又、海外選手はプロモーターの口座記入をお願いします。	金融機関名　　支店名(店番号)	
	普通預金　　/　口座番号	
	口座名(カタカナ)	
＊振込口座名の記載間違いが多数出ております。可能であればキャッシュカード等のコピーの提出をお願いします。		
健康管理見舞金計算書(どちらかに○)	郵送　/　メールアドレス	
備考		

＊病院領収書原本は原則返却いたしません。返却希望の方はご連絡ください。

マネージャー　　印

＊支払対象はJBCの認定する公式試合で、原則試合後コミッションドクターの指示で治療した場合

＊各種健康保険適用自己負担分(30%)のみ(保険適用されない場合は備考欄に理由記入)

＊健康管理見舞金支払請求書提出はすべての治療終了後とする

＊毎月15日を書類提出の期限とし、支払いは翌月16日(1月は20日)休日の場合は翌営業日に指定口座へ振込とします。

＊試合後1か月経過してからの治療は対象外となります。

＊複数の試合の治療費をまとめて請求することは不可です。必ず試合ごとに請求をお願いします。

●入院手術等で1か月の支払いが高額になる時は、病院の会計時に適用される限度額適用認定証の申請を事前に済ませておいてください。(「限度額適用認定証」についてはHP等でご確認下さい)

病院の会計時に間に合わずに後日高額分の払戻をする高額療養費制度を利用した場合は、病院の領収書に加え給付金額記載の書類のコピー添付をお願いします。

高額療養費申請は給付まで3か月以上かかるので注意が必要です。