

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定したい。		常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁年月日	年 月 日				
支給額		計 算			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>被保険者 被扶養者</p> <p>療養費支給申請書[あんま・マッサージ]</p> <p>東北電力健康保険組合理事長 殿</p> <p>下記のとおり申請いたします。</p> </div> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center; color: orange; font-weight: bold;"> チェックをお忘れなく！ </div> <div style="text-align: right;"> <p>××年 ××月 ××日</p> <p>第 ×× 回目</p> <p>(××年 ××月診療分)</p> </div> </div>					
<input checked="" type="checkbox"/> この届出は被保険者が内容を確認し作成しています					
被保険者氏名		被保険者証記号番号	事業所名	◆◆◆◆(株)	
フリガナ	デンリョク タロウ		所 属	◇◇事業所	
電力 太郎		●●●●-●●●●	電話番号	×××-××××	
施術を受けた者の氏名		続柄	施術を受けた者の生年月日	傷病名 (同意を受けた傷病名)	脳出血による片麻痺
フリガナ	デンリョク タロウ				
電力 太郎		本人	××年 ××月 ××日	発病又は負傷原因及びその経過	脳出血の後遺症
			(51 歳)	発病または負傷年月日	××年 ××月 ××日
<p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">あんま・マッサージ師に 記入いただいでください</p>					
<small>加 区 分 続 医 入 31 也 同 意 記 録</small>					