

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定いたしたい。						常務理事		事務長		関係者		担当者	
決裁年月日													
支給額						計 算							
被保険者療養費 被扶養者								マッサージ]					
東北電力健康保険組合理事長 殿								××年 ××月 ××日					
下記のとおりに申請いたします。								(××年 ××月診療分)					
								☒ この届出は被保険者が内容を確認し作成しています					
記号番号				被保険者氏名				事業所名		□□□□(株)			
●●●-○○○○				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		脳出血による片麻痺			
電力 太郎			本人	××年 ××月 ××日 (×× 歳)				発病又は負傷原因及びその経過		脳出血の後遺症			
								発病または負傷年月日		××年 ××月 ××日			
初診地												請求区分	
												継続	
												医	
あんま・マッサージ師に記入いただいてください													
同意記録													