



医療等の状況

立	学校(園)
---	-------

▲この二次元コードは、JSCが様式の種類を識別するために使用するものです。

令和 年 月 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センター(JSC)の災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童 生徒等	氏名		男 女	平成 令和	年	月	日	生
負傷名	(1)				転 帰			
	(2)				継	治	中	転
	(3)				続	ゆ	止	医
施術開始の年月日	(1)	令和 年 月 日	施術終了の年月日	(1)	令和 年 月 日	施術実日数	日	
	(2)	令和 年 月 日		(2)	令和 年 月 日			
	(3)	令和 年 月 日		(3)	令和 年 月 日			
施 術 の 内 容 欄								計
初 検 料	円		往 療 料	片道	km			
加算 休日・深夜・時間外	円		円×	回=	円			
初検時 相談支援料	円		加算 夜間・難路 暴風雨雪	円				
再 検 料	円		柔道整復 運動後療料	円× 回= 円		円		
整復・固定・施療料	整復料	円	固定料	円	施療料	円		
金属副子等加算	円		円		円			
施術を行った期間			回 数	一回の料金				
後 療 料	月 日から	回		円				
金属副子等交換料加算	月 日まで	回		円		円		
温 電 法 料	月 日から	回		円		円		
冷 電 法 料	月 日から	回		円		円		
電 療 料	月 日から	回		円		円		
施術情報提供料								円
その他								円
備 考								
施 術 金 額 合 計				円				
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住 所 柔道整復師 氏 名								

- (注) 1 この医療等の状況は、柔道整復師から施術を受けた場合に使用すること。
2 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】			
上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④の記入にご協力ください(該当する項目に☑をつけてください。)			
①記入者	②利用の有無	③利用制度名	
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり (③④記入)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> その他 (利用した制度名を記入) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> </div> <p style="text-align: center;">④自己負担額</p> <p style="text-align: right;">円</p> <p style="font-size: small;">※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。</p>