別紙３（１）

学校（保育所等）記入欄

立　　学校（園）

医　療　等　の　状　況

令和　　年　　月分

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

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

被災児童生徒等	氏名		男 女	平成 令和　　年　　月　　日生
傷病名	(1) (2) (3)			
診療開始日	(1) 令和　　年　　月　　日 (2) 令和　　年　　月　　日 (3) 令和　　年　　月　　日	診療実日数 日	転帰 治ゆ　死亡　中止	

診療報酬請求点数	外来に係る療養							入院に係る療養							
	十万	万	千	百	十	一	点	日数	十万	万	千	百	十	一	点
								日間							
								入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
									日間						

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地及び名称

氏　名

※　決　　定	外来に係る療養分　10円×　　点×$\frac{4}{10}$＝	円
	入院に係る療養分　10円×　　点×$\frac{4}{10}$＝	円
	入院に係る食事療養標準負担額	円
	合　　計	円

（注）１　この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。

２　病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。

３　入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。

４　※印は、記入しないこと。

５　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】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄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公費負担医療制度＊	
□ 保護者 □ 学校(園) □ 設置者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了） □ 利用あり（右欄記入）	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法＊ □その他（利用している制度を記入）（　　）
		自己負担額（「利用あり」の場合に記入）　円

別紙３（３）

学校（保育所等）記入欄
立　　学校（園）

医療等の状況

令和　　年　　月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センター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) (2) (3)		転帰	継続中 / 治ゆ / 中止 / 転医
施術開始の年月日	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	施術終了の年月日	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	施術実日数　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
温罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
冷罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
電療料	月　日から 月　日まで	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

柔道整復師　住所

氏名

※決定		
	円 × 4/10 ＝	円
		円
	合計	円

（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　※印は、記入しないこと。
３　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】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄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公費負担医療制度＊	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法＊
□ 保護者 □ 学校(園) □ 設置者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了）	□その他（利用している制度を記入）〔　　〕
	□ 利用あり（右欄記入）	自己負担額（「利用あり」の場合に記入）　円

別紙３（７）

学校（保育所等）記入欄

立　　学校（園）

調剤報酬明細書

令和　　年　　月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センター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
保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1.　6. 2.　7. 3.　8. 4.　9. 5.　10.	受付回数　回

処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料
・	・		点		点	点	点
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						

摘要				
合計　点	調剤基本料　点	時間外等加算　点	指導料　点

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

保険薬局所在地及び名称

氏名

※決定	10円×　　点×$\frac{4}{10}$＝　　円

（注）１　この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
２　※印は、記入しないこと。
３　この明細書の用紙は、日本産業規格Ａ４縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄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公費負担医療制度＊	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法＊
□ 保護者 □ 学校（園） □ 設置者 □ 医療機関	□ **利用なし**（記入終了） □ **利用あり**（右欄記入）	□その他（利用している制度を記入）（　　）
	自己負担額（「利用あり」の場合に記入）	円