別紙３（３）

大阪薫英女学院

医 療 等 の 状 況

平成
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	平成	年　月　日生				
			女	令和					
負傷名	(1)					転帰			
	(2)					継続中	治ゆ	中止	転医
	(3)								
施術開始の年月日	(1) 平・令　年　月　日	施術終了の年月日	(1) 平・令　年　月　日	施術実日数	日				
	(2) 平・令　年　月　日		(2) 平・令　年　月　日						
	(3) 平・令　年　月　日		(3) 平・令　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

上記のとおりです。

令和　　年　　月　　日

柔道整復師　住所

氏名　　印

※決定	
	円 × $\frac{4}{10}$ ＝　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

【保護者のみなさまへ】

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただいてください。

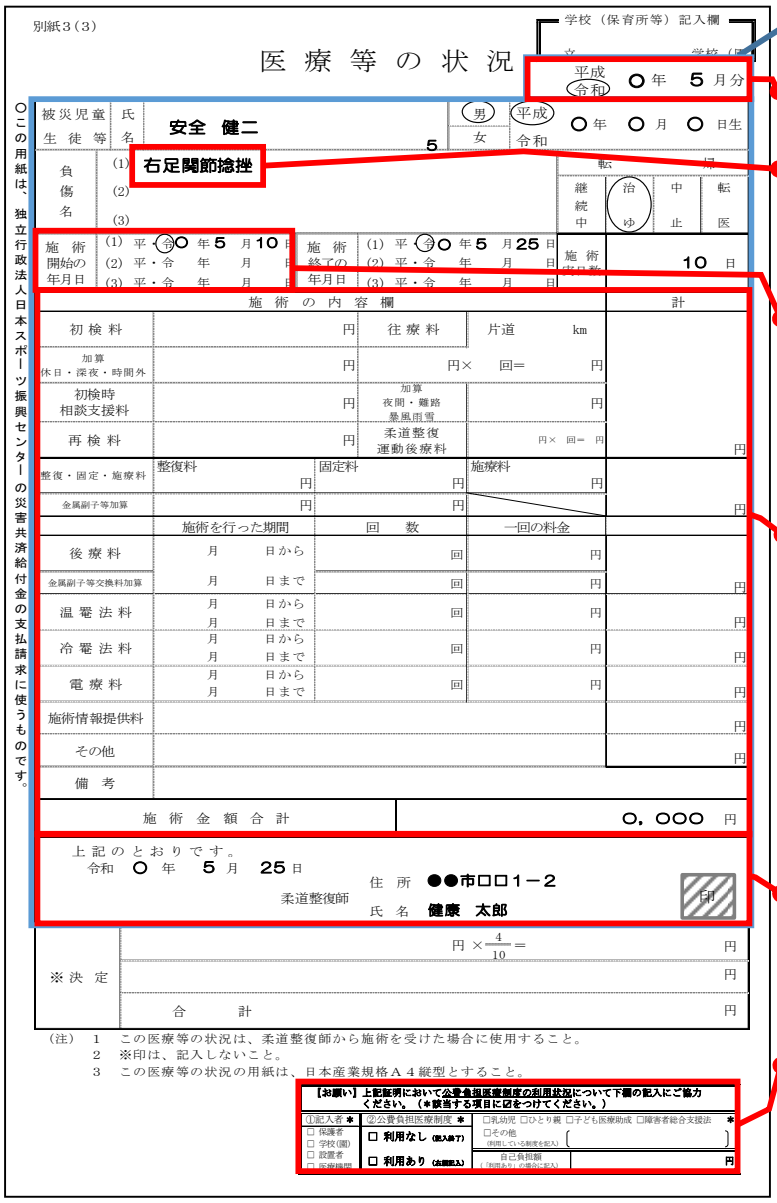
・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場ですぐに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。

・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「医療等の状況」の記入方法

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。
施術料金の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

①柔道整復師による施術の場合に証明をお願いします。
②診療担当医師の同意に基づいて、あん摩・マッサージ・指圧師が施術を行った場合もこの用紙に証明をお願いします。
③カイロプラクティック、整体院等の医療保険外の施術は給付対象外となります。
④診療担当医師の同意に基づいて、はり師、きゅう師の施術を行った場合は、別紙３（４）に証明をお願いします。
⑤療養月ごとに記入してください。
⑥総施術料金の１０割分を記入してください。


別紙3（3）

医療等の状況

学校（保育所等）記入欄

平成 令和 ○年 5 月分

被災児童生徒等 氏名 安全 健二 5 男 女 平成 令和 ○年 ○月 ○日生

負傷名 (1) 右足関節捻挫 (2) (3)

転 帰 継続中 治ゆ 中止 転医

施術開始の年月日 (1) 平・令 ○年 5 月 10 日 (2) 平・令 年 月 日 (3) 平・令 年 月 日

施術終了の年月日 (1) 平・令 ○年 5 月 25 日 (2) 平・令 年 月 日 (3) 平・令 年 月 日

施術日数 10 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 月 日まで 回 円

金属副子等交換料加算 回 円 円

温電法料 月 日から 月 日まで 回 円 円

冷電法料 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

上記のとおりです。
令和 ○ 年 5 月 25 日
柔道整復師 住所 ●●市□□1－2
氏名 健康 太郎 印

※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。（＊該当する項目に印をつけてください。）

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（医入欄下）	□その他（利用している制度を記入）
	□ 利用あり（左欄記入）	自己負担額（「利用あり」の場合に記入） 円

この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

・学校の管理下での災害による負傷名のみ記入してください。
・負傷部位を記入してください。

施術を開始した年月日を記入してください。

・柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準に従い、内訳及び合計（総施術料金の10割分）を記入してください。
なお、JSCと施術内訳の省略の取り決めを交わしている団体に所属する柔道整復師は、内訳の証明を省略していただけます。
・あん摩・マッサージ・指圧師による施術の場合は、施術内容等所要の箇所を適宜訂正の上、記入をお願いします。

証明日・所在地及び名称・氏名の記入、㊞をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくお願いします。

＊証明いただいた内容が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合などは、確認をさせていただく場合があります。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター
学校安全Ｗｅｂホームページ：https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/に詳細を掲載しています。

JAPAN SPORT COUNCIL