

調剤報酬明細書

平成 年 月 日  
令和

○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。

被災児童等 生徒等		氏名			男 女	平成 令和	年	月	日生	
所在地及び名称 保険医療機関の				保険 医氏名	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 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 点	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	点	
上記のとおりです。 令和 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏名 印										
※ 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。

<b>【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。)</b>		
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(左欄記入)	☐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

【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でください。

- ・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でいております。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書く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。

## 「調剤報酬明細書」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。  
院外処方箋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医師の処方箋に基づき、保険薬局から薬を購入した場合に証明をお願いします。
- ②療養月ごとに記入してください。
- ③総医療費（10割分の点数）を記入してください。

学校（保育所等）記入欄  
立 平成 〇年 5月 〇日

調剤報酬明細書

被保険者氏名 安全 健二 (男) 平成 〇年 〇月 〇日 生

所在地及び名称  
〇〇市△1-2-3  
〇〇記念外科病院

処方月日 調剤月日 処方 調剤 調剤報酬点数

処方月日	調剤月日	処方	調剤	調剤報酬点数
5・11	5・11	モーラテープ 7cm×10cm 足関節部1日2回貼付 28枚	108	108

合計 209 50 41

上記のとおりです。  
令和 〇年 5月 20日  
保険薬局所在地及び名称 〇〇市〇〇-1-  
氏名 〇〇〇 薬局 健康 六郎

※ 決 定 10円× 点× $\frac{4}{10}$  = 円

【お問い合わせ】上記内容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。）

<input type="checkbox"/> 記入者 *	<input type="checkbox"/> 公費負担医療制度 *	<input type="checkbox"/> 乳幼児 (0才未満)	<input type="checkbox"/> 子ども医療制度 (調剤費組合支援)
<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 利用なし (健康保険)	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 学校 (園)	<input type="checkbox"/> 利用者あり (健康保険)	<input type="checkbox"/> 自立医療	
<input type="checkbox"/> 救急車	<input type="checkbox"/> 利用者あり (健康保険)	<input type="checkbox"/> 自立医療	

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。

処方箋を発行した医療機関名、保険医氏名を記入してください。

- ・学校の管理下での災害による傷病名に係る調剤分のみ記入してください。
- ・診療開始日以前の処方・調剤分は記入しないようにお願いします。

証明日・保険薬局所在地及び名称・氏名の記入、印をお願いします。

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、よろしく申し上げます。

\*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/](https://www.jpnsport.go.jp/anzen/)に詳細を掲載しています。



JAPAN SPORT COUNCIL