

医療等の状況

学校(保育所等)記入欄
 立 平成 年 月 日
 令和 年 月 日
 学校(園)

被災児童等 負傷名	氏名	男 女	平成 令和	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	転 帰				
								継 続 中	治 ゆ	中 止	転 医	
(1)												
(2)												
(3)												
手術開始年月日	(1) 平・令 (2) 平・平 (3) 平・令	年 年 年	月 月 月	日 日 日	年 年 年	月 月 月	日 日 日	手術 美日教	計			
施 術 の 内 容 欄												
初検料	円	往療料	円 ×	片道	km	回数 =	円					
加算 休日・深夜・時間外	円	加算 夜間・難路 暴風雨雪	円 ×	回数 =	円							
初検時 相談支援料	円	加算 柔道整備 運動後療料	円 ×	回数 =	円							
再検料	円	固定料	円	施療料	円 ×	回数 =	円					
整備・固定・施療料	円	円	円	円								
金風副子等加算	円	円	円	円								
後療料	月	日から	日まで	回数	円							
金風副子等交換料加算	月	日から	日まで	回数	円							
温罨法料	月	日から	日まで	回数	円							
冷罨法料	月	日から	日まで	回数	円							
電療料	月	日から	日まで	回数	円							
施術情報提供料												
その他												
備考												
施 術 金 額 合 計	円											
上記のとおりです。 令和 年 月 日	住所 氏名 印											
柔道整備師	氏名 印											
円 × $\frac{4}{10}$ =	円											
円	円											
円	円											
円	円											
円	円											
円	円											
円	円											

○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。

(注) 1 この医療等の状況は、柔道整備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、日本工業規格A4縦型とすること。【お願ひ】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は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。)

記入者*	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	利用している制度がない場合は その他に記入	その他 ()
	自己負担額	
	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	
		円