別紙３（４）

学校（保育所等）記入欄
立　　学校（園）

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 女	平成 令和	年　月　日生	
傷病名	1.神経痛　2.リウマチ　3.頸腕症候群 4.五十肩　5.腰痛症　6.頸椎捻挫後遺症 7.その他（　　）	医師の同意年月日	平成 令和	年　月　日	転帰 継続中　治ゆ　中止　転医	
施術開始の年月日	平成 令和　年　月　日	施術終了の年月日	平成 令和	年　月　日	施術実日数	日

施術の内容欄				施術を行った期間
初検料	1.はり　2.きゅう　3.はり・きゅう併用		円	
施術料 はり		円×　回＝　円	円	月　日から 月　日まで
施術料 きゅう		円×　回＝　円	円	月　日から 月　日まで
施術料 はり・きゅう併用		円×　回＝　円	円	月　日から 月　日まで
施術料 電療料	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	円×　回＝　円	円	月　日から 月　日まで
往療料	4kmまで	円×　回＝　円	円	月　日から 月　日まで
往療料	4km超え	円×　回＝　円	円	月　日から 月　日まで
施術報告書交付料			円	
備考				
施術金額合計			円	

上記のとおりです。

令和　　年　　月　　日

はり師／きゅう師　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、はり師及びきゅう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。

【お願い】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*（利用している制度がない場合はその他に記入）	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		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