

医療等の状況

立

学校(園)

平成 年 月 分

被災児童生徒等	氏名	男	昭和	年	月	日生								
		女	平成											
傷病名	(1) (2) (3)													
診療開始日	(1)	平成	年	月	日	診療実日数	転帰							
	(2)	平成	年	月	日	日	治	死	中					
	(3)	平成	年	月	日		ゆ	亡	止					
診療請求報酬数	外来に係る療養					入院に係る療養								
	十万	万	千	百	十	一	日数	十万	万	千	百	十	一	点
上記のとおりです。							入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
平成 年 月 日							医療機関所在地及び名称							
							氏名							
							印							
※ 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								

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。

- (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内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* 保護者 学校(園) 設置者 医療機関	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 〔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

○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。

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

平成 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	昭和	年	月	日生	診療開始日	平成	年	月	日										
		女	平成				診療実日数				日										
傷(部位) 病名								転帰	治ゆ	死亡	中止										
初診	時間外 休日 深夜 乳 障 障導 紹 点																				
再診	×	×	×	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳 障 障導	×	指導	衛 +	F	洗					
P総診	病共管		その他																		
投薬・注射	内屯外注	調	×	処方	×	+	×	情	×	×	処	×	×	+	注	×					
X線 検査	パ 全額 標	×	模 S培	×	平 測	×	写 P継診	×	基 本検査	×	×	精 密検査	×	×	×	そ 他の					
処 置 ・ 手 術	普処	×	覆 罩	×	×	填 塞	×	+	×	除 去	×	×	×	知 過 敏	×	×	ラ バー	×	咬 調	×	
	抜 髄	×	感 染 根 処	×	根 管 貼 薬	×	根 充	×	抜 髓 即 充	×	感 根 即 充	×	加 圧 根 充	×	生 切	×	ス ケ ー リ ン グ	+	×	×	
	S R P	×	×	×	×	×	×	×	P C u r	×	×	×	×	×	×	×	切 開	×	×	×	
	抜 歯	乳	×	前	×	白	×	難	×	理	×	+	×	掻 爬	×	付 着	×	G E c t	×	F O p	×
その他												特 定 薬 剤									
麻酔	伝 麻	×	浸 麻	×	I S	×	+	×	×	その他											
補 診	+	維 持 管 理	×	×	×	×	×	印象				×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
歯 冠 形 成	前 シ 乳 帯	×	前 シ 乳 帯	×	+	×	+	(根 面)	×	充 形	×	+	×	咬 合	×	×	×	×	×	×	×
	試 適	×	×	×	×	×	×	(窩 洞)	×	修 形	×	×	×	支 台 築 造	メ タ ル	×	×	×	×	×	×
	14 K	×	×	×	×	×	×	充 填	×	充 填 材 料	ア	×	光	×	グ ・ 複	×	そ の 他	×	E E	×	
	パ 大 前	×	×	×	×	×	×	前 装 冠	パ	×	ニ	×	銀	×	リ テ イ ナ	×	×	×	×	×	
	ニ 大 前	×	×	×	×	×	×	金 属 冠	大 小	×	大 小	×	大 小	×	ニ 銀	×	ニ 銀	×	再 装 着	×	
	ニ 小 前	×	×	×	×	×	×	前 装 冠	大 小	×	大 小	×	大 小	×	ニ 銀	×	ニ 銀	×	再 装 着	×	
	銀 大 前	×	×	×	×	×	×	金 属 冠	大 小	×	大 小	×	大 小	×	ニ 銀	×	ニ 銀	×	再 装 着	×	
	銀 小 前	×	×	×	×	×	×	金 属 冠	大 小	×	大 小	×	大 小	×	ニ 銀	×	ニ 銀	×	再 装 着	×	
有 床 義 歯	1 ~ 4 歯	×		床	×	床	×	義 歯 製 造	14K	×	双 大 小 両 前	×	双 大 小 両 前	×	線 鉤	14 K	双 大 小 両 前	×	不 ・ 特	双 大 小 両 前	×
	5 ~ 8 歯	×		裏	×	裏	×	義 歯 製 造	14K	×	双 大 小 両 前	×	双 大 小 両 前	×	線 鉤	14 K	双 大 小 両 前	×	不 ・ 特	双 大 小 両 前	×
	9 ~ 11 歯	×		裏	×	裏	×	義 歯 製 造	14K	×	双 大 小 両 前	×	双 大 小 両 前	×	線 鉤	14 K	双 大 小 両 前	×	不 ・ 特	双 大 小 両 前	×
	12 ~ 14 歯	×		裏	×	裏	×	義 歯 製 造	14K	×	双 大 小 両 前	×	双 大 小 両 前	×	線 鉤	14 K	双 大 小 両 前	×	不 ・ 特	双 大 小 両 前	×
	総 義 歯	×		裏	×	裏	×	義 歯 製 造	14K	×	双 大 小 両 前	×	双 大 小 両 前	×	線 鉤	14 K	双 大 小 両 前	×	不 ・ 特	双 大 小 両 前	×
その他												新 製 ・ 床 裏 装 ・ I 算 定 (年 月)									
その他																					
摘 要												合 計		点							
												※ 決 定	10 円 ×	点 × $\frac{4}{10}$ =	円						
上記のとおり領収しました。																					
												殿		医療機関所在地及び名称							
平成 年 月 日												氏 名		印							

(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の療養以外の療養（歯科）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、日本工業規格A4縦型とすること。

治療用装具 生血 明細書

○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	昭和 平成	年	月	日生
医療機関の 証明	傷病名		初診年月日	平成	年	月	日
	装具装着又は生血使用を必要とした理由						
	装具装着の場合、装具の種類及び型式		生血使用の場合、生血の使用量	ml			
	平成	年	月	日	医療機関所在地及び名称 氏名		
装具装着の場合	装具製作会社の所在地及び名称						
生血場使用	供血者の氏名及び被災児童生徒等との続柄						
装具装着又は生血に要した費用							円
上記のとおりです。 平成 年 月 日 住所 保護者等 氏名							
※決定	$\text{円} \times \frac{4}{10} =$						円
							円
	合 計						円

- (注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
 2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

医療等の状況

平成 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	昭和	年	月	日生	
		女	平成				
負傷名						転 帰	
						治 ゆ	継 続 中
施術開始の年月日	平成 年 月 日	施術終了の年月日	平成 年 月 日	施術実日数			
施術の種類	回数	一回の金 円	加算料金		施術料金 円	施術を行った期間	
初検料			時間外 休日・深夜	円	円	月 日	
初検時 相談支援料			夜間難路 暴風雨雪			月 日から	
往療料			片道 km			月 日まで	
整復料			/			月 日	
固定料			/			月 日	
施療料			/			月 日	
後療料			/			月 日から 月 日まで	
罨法料	/	/	回数	一回の料金		月 日から 月 日まで	
			回	円			
その他							
備考							
合計						円	
上記のとおりです。							
平成 年 月 日 住所							
柔道整復師 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、日本工業規格A4縦型とすること。

学校 (保育所) 記入欄

立 学校 (園)

調剤報酬明細書

平成 年 月 日

○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						昭和 平成	年	月	日生
所在地及び名称 保険医療機関の				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				
				点		点	点	点	加算料 点	
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
・	・									
摘要										
合計		点	調剤基本料 点	時間外等加算 点	指導料 点					
上記のとおりです。										
		平成 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、日本工業規格 A 4 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*	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	(利用している制度がない)	その他 { _____ })
学校(園)	場合はその他に記入	
設置者	自己負担額	
保険薬局	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	
		円