



医療等の状況

長崎県立諫早高等学校
立 学校(園)

▲この二次元コードは、JSCが様式の種類を識別するために使用するものです。

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(JSC)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
負傷名	(1)			転 帰		
	(2)			継 続 中	治 癒	中 止
	(3)					医 生
施 術 開始の年月日	(1)	令和 年 月 日	施 術 終了の年月日	(1)	令和 年 月 日	施 術 実 日 数
	(2)	令和 年 月 日		(2)	令和 年 月 日	
	(3)	令和 年 月 日		(3)	令和 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	柔道整備 運動後療料	円×	回=	円	
修復・固定・施療料	修復料	円	固定料	円	施療料	円
金属副子等加算	円	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 電 法 料	月 日から	回		円		円
冷 電 法 料	月 日まで	回		円		円
電 療 料	月 日から	回		円		円
電 療 料	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
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住 所 柔道整備師 氏 名						

- (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 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】			
上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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利用の有無	③利用制度名	④自己負担額
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり (③④記入)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> その他 (利用した制度名を記入)	
			円
※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。			