

【保護者のみなさまへ】

治療用装具を購入した場合は、本用紙に証明していただください。

- ◆ 本様式の下半分は、保護者の方が記入をお願いします。
- ◆ 装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付してください。
- ◆ 装具装着年月日と同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。
- ◆ 災害共済給付制度は、学校・保育所等（以下「学校等」）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いていただけない場合もありますことをご承ください。
- ◆ 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、速やかに学校等に提出してください。

【医療機関のみなさまへ】

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。

治療用装具の証明にあたっては、以下の記入方法に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

～「治療用装具・生血明細書」の簡易入力フォーム等のご案内～

- ◆ 令和8年9月より、パソコン等で入力・印刷ができる、治療用装具・生血明細書の簡易入力フォームの提供を開始しました！医療機関のみなさまからのご要望を踏まえ、手書きに加え、新たな作成方法としてご利用いただけるものです。
災害共済給付 Web（ホームページ）「医療機関の方へ」のページからダウンロードできますので、ぜひご活用ください。
- ◆ 令和8年4月に様式を一部変更しました（証明していただく内容に変更はありません。）。本用紙をご利用ください。

「治療用装具・生血明細書」の記入方法

診療担当医師により治療遂行上必要と認められ、当該傷病の治療中に購入し、装着又は輸血した治療用装具・生血（新鮮血）について、証明をお願いします。なお、治療終了後に日常生活や美容上の目的で装着・使用される場合や、柔道整復師の指示による治療用装具の購入は、給付対象にはなりません。

別紙3(6)

治療用装具・生血明細書

学校（保育所等）記入欄

学校（印）

被災児童等氏名 安全 健二

性別 男 年齢 令和 〇年 〇月 〇日

傷病名 右足関節骨折

装具装着又は生血使用を必要とした理由 右足関節骨折の治療のため足関節の固定を必要とする。

装具装着又は生血使用の開始年月日 令和 〇年 〇月 〇日

装具装着又は生血使用の終了年月日 令和 〇年 〇月 〇日

装具の種類及び型式 右短下肢装具

生血使用の量（単位） 〇

装具装着又は生血使用の費用 7,800 円

医療機関所在地及び名称 〇〇市△△1-2-3 〇〇病院

氏名 健康 太郎

装具製作会社及び名称 〇〇市△△3-4-5 〇〇株式会社

生血提供者の氏名 〇〇市△△3-4-5 〇〇株式会社

装具装着又は生血使用の費用 7,800 円

上記のとおりです。

令和 〇年 〇月 〇日

保護者等 住所 〇〇市△△6-7

氏名 安全 健二

この枠内の記入をお願いします。

装具の装着が必要となった傷病名を記入してください。

装具装着日を記入してください。

装具装着を必要とした理由を記入してください。

装具の種類と型式を記入してください。

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

この枠内は、保護者の方に記入していただきます。（装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付していただきます。）

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、よろしくお願いします。

【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

☐ 保護者

☐ 医療機関

②利用の有無

☐ 利用なし（※△△△）

☐ 利用あり（※△△△）

③利用制度名

☐ 乳幼児

☐ 子ども医療助成

☐ その他（利用した制度名を記入）

④自己負担額

円

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

災害共済給付Web : [https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/](https://www.jpnsport.go.jp/anzen/)

JAPAN SPORT
COUNCIL

