



医療等の状況

学校（保育所等）記入欄

私立 東福岡自彊館中学校

▲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 ゆ	中 止	転 医	
	(3)									
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	日			
	(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		柔道整復 運動後療料	円× 回＝ 円		円				
整復・固定・施療料	整復料	円	固定料	円		施療料	円			
金属副子等加算	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		円				
金属副子等交換料加算	月 日まで		回	円						
温 電 法 料	月 日から		回	円		円				
冷 電 法 料	月 日から		回	円		円				
電 療 料	月 日から		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 柔道整復師 氏 名										

- (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 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 円
☐ 保護者 ☐ 医療機関	☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (③④記入)	☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子ども医療助成 ☐ 障害者総合支援法 ☐ その他 (利用した制度名を記入) ()	
			※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。