別紙３（１）

学校（保育所等）記入欄

私立　東福岡高等学校

医　療　等　の　状　況

▲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

医療機関へお願い

被災児童生徒等	氏名		男 女	平成 令和	年　月　日生

傷病名	(1)				
	(2)				
	(3)				
診療開始日	(1) 令和　年　月　日	診療実日数	転帰		
	(2) 令和　年　月　日	日	治ゆ	死亡	中止
	(3) 令和　年　月　日				

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	点	日数	十万	万	千	百	十	一	点
								日間							
								入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
									日間						

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地及び名称

氏　名

診療報酬請求点数及び入院に係る食事療養標準負担額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

○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。

（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医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　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①～⑤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助成対象（複数選択可）
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了） □ 利用あり（③④⑤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） （　　）	□ 外来　□ 入院 □ 食事 ⑤自己負担額 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。