



医療等の状況

奈良大学附属高等学校

▲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 日

○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	治	中	転	
	(3)	続	ゆ	止	医	
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	
<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了)	<input type="checkbox"/> 乳幼児	<input type="checkbox"/> ひとり親
<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用あり (③④記入)	<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)	
			④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。			

