

【保護者のみなさまへ】

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただいでください。

- ・災害共済給付制度は、学校・保育所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くに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ・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・保育所等に提出してください。

「調剤報酬明細書」の記入方法

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。院外処方[※]の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①医師の処方箋に基づき、保険薬局から薬を購入した場合に証明をお願いします。
- ②療養月ごとに記入してください。
- ③総医療費（10割分の点数）を記入してください。

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。）。
本様式をご利用ください。

別紙3(7)
調剤報酬明細書

令和〇年5月〇日

安全 健二

〇〇市△△1-2-3
〇〇記念外科病院

処方月日	調剤月日	医薬品名・規格・用量・剤型・用法	調剤数量	調剤単価	調剤点数	加算料
5・7	5・7	インドメタサンパップ70mg 10cm×14cm 14枚 外用 足腫痛部 1日1枚、14日分	24	10	24	9

合計 225 111 71

令和〇年5月20日

〇〇市△△1-2
〇〇薬局 健二 六郎

【お読み】
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（該当する項目に印をつけてください）。

①記入者
 保護者
 医療機関

②調剤の有無
 利用なし
 部分利用
 利用あり

③利用制度
 乳幼児
 子ども医療助成
 その他（例：児童扶養手当）

④自己負担率
円

* 証明いただいた内容が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合などは、確認をさせていただく場合があります。

【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ホームページ：[https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/](https://www.jpnsport.go.jp/anzen/)

JAPAN SPORT
COUNCIL

