別紙３（３）

医 療 等 の 状 況

学校（保育所等）記入欄

東京都立府中高等学校
立　　学校（園）

▲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) (2) (3)		転帰：継続中 / 治ゆ / 中止 / 転医	
施術開始の年月日	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	施術終了の年月日	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	施術実日数：　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	
金属副子等交換料加算	月　日まで	回	円	円
温罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
冷罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
電療料	月　日から 月　日まで	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

柔道整復師　住所

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
☐ 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） （　　）	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。