

学校(保育所等)記入欄
宇都宮市立 _____ 学校(園)
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療等の状況

○この用紙は、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	治癒	中止	転医		
施術開始の年月日	(1) 平・令 年 月 日 (2) 平・令 年 月 日 (3) 平・令 年 月 日	施術終了の年月日	(1) 平・令 年 月 日 (2) 平・令 年 月 日 (3) 平・令 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 柔道整備 運動後療料	円×	回=	円		
再検料	円	円×	回=	円			
修復・固定・施療料	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	回	円	円			
冷罨法料	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			
上記のとおりです。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____ 柔道整備師 氏名 _____ 印 _____							
※決定	円 × $\frac{4}{10}$ =						円
							円
	合計						円

- (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 ※印は、記入しないこと。
 3 この医療等の状況は、日本工業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄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。)

【こども医療費助成制度等の利用】

有 ・ 無

※有の場合、右欄を記入 ⇒

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者 学校(園) 設置者 医療機関	利用している制度がない場合は その他に記入	その他 { _____ }
自己負担額 (公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)		円

※自己負担額には、助成制度等を利用した上で、保険適用の部分に係る窓口支払い額等がある場合、記入してください