

宇都宮市 立	学校(園)
-----------	-------

医療等の状況

平成 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	昭和 年 月 日生		
		女	平成		
負傷名				転 帰	
				治 ゆ	継 続 中
施術開 始の 年月日	平成 年 月 日		施術終 了の 年月日	平成 年 月 日	
施術の 種類	回数	一回の 料金	加算料金		施術料 金
初検料		円	時間外 休日・深夜	円	円
初検時 相談支援料			夜間難路 暴風雨雪		
往療料			片道 km		
整復料			/		
固定料			/		
施療料			/		
後療料			/		
電法料			回数	一回の料 金	
			回	円	
その他					
備考					
合計					円
上記のとおりです。					
平成 年 月 日 住所					
柔道整復師 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、柔道整復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 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

【こども医療費助成制度等の利用】

【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。)

有 ・ 無

※有の場合、右欄を記入 ⇒

記入者* 保護者 学校(園) 設置者 医療機関	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
	(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

※上記の自己負担額には、薬の容器代等の保険適用外のものは記入しないで下さい