



医療等の状況

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)	転 帰				
	(2)					
	(3)					
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	日	
	(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	円		
整復・固定・施療料	整復料 円	固定料 円	施療料 円	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	円		
金属副子等交換料加算	月 日まで	回	円	円		
温 罎 法 料	月 日から	回	円	円		
冷 罎 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	④自己負担額 円
☐ 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) ()	
			※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。