



▲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。

# 医療等の状況

立

学校(園)

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<br>生徒等       | 氏名  |                  |                | 男                | 平成 年 月 日生                            |
|                   |   |                  |                | 女                | 令和 年 月 日生                            |
| 傷病名               | 1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群<br>4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症<br>7.その他( ) |                  |                | 医師の<br>同意<br>年月日 | 転帰<br>年月日<br>継続<br>中止<br>中<br>ゆ<br>医 |
| 施術<br>開始の<br>年月日  | 令和 年 月 日  | 施術<br>終了の<br>年月日 | 令和 年 月 日       | 施術<br>実日数        | 日                                    |
| 施術の内容欄            |   |                  |                |                  | 施術を行った期間                             |
| 初検料               | 1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用                                     |                  |                | 円                |                                      |
| 施術<br>料           | 施術の種類   | 1術 回             | 2術 回           |                  |                                      |
|                   | 通所  | 円× 回= 円          |                | 月 日から<br>月 日まで   |                                      |
|                   | 訪問施術料   | 円× 回= 円          |                | 月 日から<br>月 日まで   |                                      |
|                   | 電療料<br>(加算)   | 円× 回= 円          |                | 月 日から<br>月 日まで   |                                      |
|                   | 特別地域(加算)  | 円× 回= 円          |                | 月 日から<br>月 日まで   |                                      |
| 往療料               | 円× 回= 円   |                  | 月 日から<br>月 日まで |                  |                                      |
| 施術報告書交付料          |   |                  |                |                  | 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          |   |                  |                |                  |                                      |
| はり師 住所<br>きゅう師 氏名 |   |                  |                |                  |                                      |

- (注) 1 この医療等の状況は、はり師及びきゅう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。

|  |  |  |        |
|--|--|--|--------|
| <b>【お願い】</b><br>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   |        |
| <input type="checkbox"/> 保護者<br><input type="checkbox"/> 医療機関                | <input type="checkbox"/> 利用なし<br>(記入終了)<br><input type="checkbox"/> 利用あり<br>(③④記入) | <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親<br><input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法<br><input type="checkbox"/> その他(利用した制度名を記入) |        |
|  |  |  | ④自己負担額 |
|  |  |  | 円      |
| ※自己負担なしの場合は0を記入してください。<br>※保険外負担は記入しないでください。                                 |  |  |        |