

別記様式第 7

号 日
年 月

独立行政法人日本スポーツ振興センター理事長 殿

設置者住所
設置者名

医療費支払請求書

— 年 — 月 分医療費下記の — 件について、別紙災害報告書、災害継続報告書及び医療等の状況のとおりですので、支払を請求します。

学年 (年齢) 性別	被災児童生徒等氏名	災害発生年月日 初回・継続別(月分)	傷病名 (医療等の状況から転記してください)	給付金請求額				報告書番号
				医療費・点 医療費・円	点 円	食事療養費 その他	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
		年 月 日発生 (年 月分)		点 円	点 円	点 円	点 円	
学校(保育所等)名								

請求書番号

(注) この請求書の用紙は、日本産業規格A4横型とすること。

独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書に規定する災害共済給付に関する文書の様式を定める要綱

別紙1(1)

設置者名		災害報告書						※受付日 年 月 日			
								※受付番号			
被災児童 生徒等	フリガナ	学年		年		組		保護者等 (受給者)	氏名		
	氏名	生年月日	年	月	日生	性別					
災害発生 の	日時	年 月 日 (曜日)					時 分	時刻			
	場所										
	場合					体育・遊戯施設					
	運動指導										
	負傷 部位										
疾病 種類											
	概要										
災害発生 の状況	応急処置や医療機関への移送など災害発生に対して学校側のとった措置状況										
	その他参考となる事項										
上記のことは事実と相違のないことを証明します。											
学校名及 び所在地											
年 月 日 校長氏名											
※決	定										

- (注) 1 この災害報告書は、義務教育諸学校、高等学校（中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。）、高等専門学校又は専修学校（高等課程に係るものに限る。）の児童、生徒又は学生の災害の場合に使用すること。
 2 この災害報告書は、第1回目の医療費の請求を行うとき、医療等の状況（訪問看護、治療用器具若しくは生血又は調剤を要した場合は更に訪問看護明細書、治療用器具・生血明細書又は調剤報酬明細書を添付する。）とともに1件ごとに上部をつづり込み、医療費支払請求書に添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

報告書番号

独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書に規定する災害共済給付に関する文書の様式を定める要綱

別紙 1 (2)

設置者名		災害報告書				※受付日 年 月 日	
被災者等		年齢		歳		※受付番号	
被災者等	氏名	生年月日	年 月 日	性別	保護者等(受給者)	氏名	
	日時	年 月 日 (曜日)			時 分	時期	
災害発生の場合	場所						
	運動指導				体育・遊戯施設		
	負傷 部位						
	疾病 種類						
災害発生状況	概要						
	応急処置や医療機関への移送など災害発生に対して幼稚園、幼保連携型認定こども園、保育所等とのった措置状況						
	その他参考となる事項						
上記のことは事実と相違のないことを証明します。		幼稚園、幼保連携型認定こども園、保育所等名及び所在地 年 月 日 園長(所長)氏名					
※決 定							

(注) 1 この災害報告書は、幼稚園(特別支援学校の幼稚部を含む。)、幼保連携型認定こども園又は保育所等の幼児等の災害の場合に使用すること。
 2 この災害報告書は、第1回目の医療費の請求を行うとき、医療等の状況(訪問看護、治療用器具若しくは生血又は調剤を要した場合又は更に訪問看護明細書、治療用器具・生血明細書又は調剤報酬明細書を添付する。)とともに1件ごとに上部をつづり込み、医療費支払請求書に添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

報告書番号

別紙 2

設置者名		災害継続報告書			※受付日 年 月 日		
					※受付番号		
被災児童 生徒等	フリガナ 氏 名	保護者等(受 給者)氏 名					
		学年 (年齢)			性別		
当初の災害 報告書番号							
<p>上記被災者に係る災害は、 年 月 日に発生した災害で、以後医療等が継続しているものに相違のないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>学校(保育所等)名 及び所在地</p> <p>校長(園長・所長) 氏名</p>							
※決 定							

- (注) 1 この災害継続報告書は、同一の負傷又は疾病に関して第2回以後の医療費の請求を行うとき、医療等の状況(訪問看護、治療用装具若しくは生血又は調剤を要した場合は更に訪問看護明細書、治療用装具・生血明細書又は調剤報酬明細書を添付する。)とともに1件ごとに上部をつぶり込み、医療費支払請求書に添付すること。
- 2 ※印は、記入しないこと。
- 3 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

報告書番号

別紙3(1)

医療等の状況

学校(保育所等)記入欄
立 _____ 学校(園)
年 月 分

被災児童生徒等	氏名		男	年 月 日生											
			女												
傷病名	(1)														
	(2)														
	(3)														
診療開始日	(1)	年 月 日	診療実日数		転 帰										
	(2)	年 月 日	日		治	死									
	(3)	年 月 日			ゆ	亡	中								
診請求報酬数	外来に係る療養					入院に係る療養									
	十	万	千	百	十	一	点	日	十	万	千	百	十	一	点
								日間							
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏名							入院に係る食事療養標準負担額 日間		円						
※ 決 定		外来に係る療養分		10円×	点 × $\frac{4}{10}$ =		円								
		入院に係る療養分		10円×	点 × $\frac{4}{10}$ =		円								
		入院に係る食事療養標準負担額							円						
		合 計							円						

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
 2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別業とすること。
 3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
 4 ※印は、記入しないこと。
 5 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。

独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書に規定する災害共済給付に関する文書の様式を定める要綱

別紙3(2)(ア)

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

入院分

年 月 分

区分	精神・結核・療養					
被災児童 生徒等	氏名			男	年 月 日生	
				女		
傷病名	(1)			診開始	(1)	年 月 日
	(2)			療日	(2)	年 月 日
	(3)				(3)	年 月 日
初診	時間外・休日・深夜		回	点	診療実日数	転 帰
医管 学理					日	治 ゆ
在宅						
投 薬	内 服	服 用	単 位			
	外 調	剤 毒	単 位			
注 射	皮 下	筋 内	回			
	静 脈	内 他	回			
処 置	薬 剤		回			
手 術	薬 剤		回			
検 査	薬 剤		回			
画 断	薬 剤		回			
そ の 他	薬 剤					
入 院	入院年月日	年 月 日				
	病 診	入院基本料・加算		点		
			×	日間		
			×	日間		
			×	日間		
		×	日間			
		×	日間			
		特定入院料・その他				
食 事	基 準			備 考		
		円×	日間	認・3月超		
		円×	日間			
		円×	日間			
		円×	日間			
合 計			点	食事療養負担額	円	
※ 決 定	10円×		点× $\frac{4}{10}$ =		円	
	食事療養負担額				円	
	合 計				円	
上記のとおり領収しました。						
年 月 日 殿 医療機関所在地及び名称 氏 名						

Ⅱ 規則、規程

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養以外の療養(入院)を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書に規定する災害共済給付に関する文書の様式を定める要綱

別紙3(2)(イ)

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

入院外分

年 月 分

被災児童等 生徒等	氏名			男	年 月 日生			
				女				
傷病名	(1) (2) (3)			診開始 療日	(1) (2) (3)	年 年 年	月 月 月	日 日 日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	転 帰			
再診	再 外 来 診 時 間 外 休 日 深 夜	× × × × ×	回 回 回 回 回	日	治 ゆ	死 亡	中 止	
医管 学理								
在 宅	往 夜 深 夜 ・ 緊 急 在 宅 患 者 訪 問 診 療 そ の 他 薬 剤	回 回 回 回						
投 薬	内 服 調 剤 × 単 位 回 外 服 薬 剤 調 剤 × 単 位 回 処 方 毒 基 × 回							
注 射	皮 下 筋 内 静 脈 内 そ の 他	回 回 回						
処 置	薬 剤	回						
手 麻 酔	薬 剤	回						
検 病 査 理	薬 剤	回						
画 診 像 断	薬 剤	回						
そ の 他	処 方 せ ん 薬 剤	回						
合 計	点							
※ 決 定	10円×	点× $\frac{4}{10}$ =					円	
上記のとおり領収しました。								
<p style="text-align: center;">殿</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地及び名称</p> <p>年 月 日 氏 名</p>								

- (注) 1 この明細書は、医療保険法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養以外の療養(入院外)を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

別紙3(2)(ウ)

歯科分

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

年 月分

被災児童 生徒等	氏名	男	年 月 日生	診療開始日	年 月 日									
傷病名 (部位)				診療日数	日									
				転帰	治ゆ 死亡 中止									
初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特準	特達	特地	外来種	点	
再診	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
管理・リハ	前管	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
既収・注射	内注外注													
X線検査	全額	枚	色調	×	P温検	×	P部検	×	基本補正	×	精密補正	×	その他	
	部	×	S格	×	測速動	×	面積	×		×		×		
装置・材料	ラ線	×	保護	×	×	×	Rコ	×	遮幕	×	×	×	絞調	×
	抜	×	感	×	排	×	加圧	×	生刷	×	×	Lcond	×	F局
その他	観	×	根	×	貼	×	削	×	除去	×	×	薬清	×	P墊
	S	C	×	+	×	×	+	+	S R P前	×	小	×	大	×
抜前乳	×	前	×	+	×	+	×	×	理	+	×	×	切開	×
麻酔 伝麻 × 浸麻 × その他														
歯冠修復	補修	×	×	維持管理	×	×	×	×	×	印	×	×	×	×
	前C	×	×	前C	×	×	×	×	×	集	×	×	×	×
歯冠形成	生歯	金銀	×	失車	金銀	×	×	×	×	+	×	+	×	×
	既製	×	×	既製	×	×	×	×	×	+	×	+	×	×
歯冠被覆	前後	×	+	×	前後	×	+	×	×	+	×	×	×	×
	金	×	+	×	金	×	+	×	×	+	×	×	×	×
歯根修復	支台築造	メタル	前小	×	大	×	×	その他	前小	×	大	×	×	×
	金	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
欠損補綴	金属前小	×	×	×	×	×	×	×	硬ジ	×	×	×	光瑣1	×
	前小	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	光瑣2	×
抜歯	前小	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
抜歯	(I)	×	(II)	×	(III)	×	+	+	×	+	×	+	+	×
	前小	×	前小	×	前小	×	前小	×	前小	×	前小	×	前小	×
抜歯	1~4歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	5~8歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
抜歯	9~11歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	12~14歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
その他	総義歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
合計													点	
摘要													※決定	10円 × 点 × $\frac{4}{10}$ = 円
	上記のとおり領収しました。													
医療機関所在地及び名称														
年 月 日 氏名														

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養以外の療養(歯科)を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

Ⅱ 規則、規程

別紙3(3)

医療等の状況

年 月 分

被災児童 生徒等	氏名					男	年 月 日生			
						女				
負傷名	(1)					転 帰				
	(2)					継 続 中	治 ゆ	中 止	転 医	
	(3)									
施術開始の年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	施術終了の年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 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			
整復・固定・施療料	整復料	円	固定料	円	施療料	円				
金銀副子等加算			円	円						
施術を行った期間			回 数		一回の料金					
後療料	月 日から	月 日まで			回	円				
金銀副子等交換料加算					回	円				
温電法料	月 日から	月 日まで			回	円				
冷電法料	月 日から	月 日まで			回	円				
電療料	月 日から	月 日まで			回	円				
施術情報提供料										
その他										
備考										
施 術 金 額 合 計						円				
上記のとおり証明します。										
年 月 日 住 所 柔道整復師 氏 名										
※ 決 定						$\text{円} \times \frac{4}{10} =$		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、日本産業規格A4縦型とすること。

別紙3(4)

医療等の状況

年 月 日

被災児童生徒等	氏名			男	年 月 日 生			
				女				
傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()			医師の同意年月日	年 月 日		転 帰	
			継続中				治癒	中止
施術開始の年月日	年 月 日		施術終了の年月日	年 月 日		施術実日数	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				
施術料	はり		円× 回= 円	円		円	月 日から 月 日まで	
	きゅう		円× 回= 円	円		円	月 日から 月 日まで	
	はり・きゅう併用		円× 回= 円	円		円	月 日から 月 日まで	
	電療料	1.電気針		円× 回= 円	円		円	月 日から 月 日まで
2.電気温灸器								
3.電気光線器具								
往療料	4 kmまで		円× 回= 円	円		円	月 日から 月 日まで	
	4 km超え		円× 回= 円	円		円	月 日から 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。								
年 月 日								
はり師 住所 きゅう師 氏名								
※決定	円 × $\frac{4}{10}$ =						円	
							円	
	合 計						円	

- (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 ※印は、記入しないこと。
3 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。

独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書に規定する災害共済給付に関する文書の様式を定める要綱

別紙3（5）

訪問看護明細書

年 月 日

被 災 児 童 等 氏 名		男 女		年 月 日 生	
主たる罹病病名 1. _____ 2. _____ 3. _____		担 当 医 師 担当開始期日 _____年 月 日～ _____年 月 日 担当終了期日 _____年 月 日～ _____年 月 日 種別担当開始 _____年 月 日～ _____年 月 日 担当期間 _____年 月 日～ _____年 月 日	担 当 医 師 氏 名		担 当 医 師 印 鑑
心身の状態 該当する疾病等(全て記載) _____		医療機関の名称 _____			
訪問開始年月日 _____年 月 日		担 当 医 師 氏 名			
訪問終了年月日 _____年 月 日		担 当 医 師 氏 名			
訪問終了の状況 1 概休 2 施設 3 転院 4 死亡 5 その他() _____		担 当 医 師 氏 名			
死亡の状況 場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他() _____		担 当 医 師 氏 名			
基本看護業務項目	① 看護師等 3日未満 _____日 4日以降 _____日 ② 准看護師 3日未満 _____日 4日以降 _____日 ③ 専門の研修を受けた看護師 _____日 ④ 理学療法士等 3日未満 _____日 4日以降 _____日	① 看護師等 3日未満 _____日 4日以降 _____日 ② 准看護師 3日未満 _____日 4日以降 _____日 ③ 専門の研修を受けた看護師 _____日 ④ 理学療法士等 3日未満 _____日 4日以降 _____日		① 看護師等 3日未満 _____日 4日以降 _____日 ② 准看護師 3日未満 _____日 4日以降 _____日 ③ 専門の研修を受けた看護師 _____日 ④ 理学療法士等 3日未満 _____日 4日以降 _____日	
	⑤ 看護師等 2人 _____日 3人以上 _____日 ⑥ 准看護師 2人 _____日 3人以上 _____日 ⑦ 専門の研修を受けた看護師 _____日 ⑧ 理学療法士等 2人 _____日 3人以上 _____日	⑤ 看護師等 2人 _____日 3人以上 _____日 ⑥ 准看護師 2人 _____日 3人以上 _____日 ⑦ 専門の研修を受けた看護師 _____日 ⑧ 理学療法士等 2人 _____日 3人以上 _____日		⑤ 看護師等 2人 _____日 3人以上 _____日 ⑥ 准看護師 2人 _____日 3人以上 _____日 ⑦ 専門の研修を受けた看護師 _____日 ⑧ 理学療法士等 2人 _____日 3人以上 _____日	
基本看護業務項目以外の加算	① 医師等複数回の訪問加算 2回 _____日 3回以上 _____日	① 医師等複数回の訪問加算 2回 _____日 3回以上 _____日		① 医師等複数回の訪問加算 2回 _____日 3回以上 _____日	
	② 緊急訪問看護加算 _____日 ③ 24時間常時看護加算 _____日 ④ 夜間・早朝・休日看護加算 _____日 ⑤ 複数名訪問看護加算 _____日 看護師等 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 理学療法士等 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 准看護師 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 その他職員 _____日 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 その他職員 _____日 1回 _____日 2回 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日	② 緊急訪問看護加算 _____日 ③ 24時間常時看護加算 _____日 ④ 夜間・早朝・休日看護加算 _____日 ⑤ 複数名訪問看護加算 _____日 看護師等 1回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 2回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 作業療法士 _____日 1回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 2回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 准看護師 1回 1人又は2人 _____日 2回 1人又は2人 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 看護補助者 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 精神障害福祉士 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日		② 緊急訪問看護加算 _____日 ③ 24時間常時看護加算 _____日 ④ 夜間・早朝・休日看護加算 _____日 ⑤ 複数名訪問看護加算 _____日 看護師等 1回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 2回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 作業療法士 _____日 1回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 2回 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 准看護師 1回 1人又は2人 _____日 2回 1人又は2人 _____日 3回以上 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 看護補助者 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日 精神障害福祉士 1人又は2人 _____日 3人以上 _____日	
訪問看護業務項目	① 看護師等 _____日 ② 理学療法士等 _____日	① 看護師等 _____日 ② 理学療法士等 _____日		① 看護師等 _____日 ② 理学療法士等 _____日	
訪問看護業務項目	① 訪問看護 2 字交等 _____日 ② 情報提供等加算 _____日 ③ 訪問看護ターム ④ 医師医療機関等 子交字交事務費 _____日 ⑤ 遠隔地区訪問補助加算 _____日	① 訪問看護 2 字交等 _____日 ② 情報提供等加算 _____日 ③ 訪問看護ターム ④ 医師医療機関等 子交字交事務費 _____日 ⑤ 遠隔地区訪問補助加算 _____日		① 訪問看護 2 字交等 _____日 ② 情報提供等加算 _____日 ③ 訪問看護ターム ④ 医師医療機関等 子交字交事務費 _____日 ⑤ 遠隔地区訪問補助加算 _____日	
	⑥ 在宅生活支援指導加算 _____日 ⑦ 在宅生活相談等支援指導加算 _____日 ⑧ 在宅生活相談等支援指導加算 _____日 ⑨ 看護・作業療法士等支援指導加算 _____日 ⑩ 専門管理加算 _____日	⑥ 在宅生活支援指導加算 _____日 ⑦ 在宅生活相談等支援指導加算 _____日 ⑧ 在宅生活相談等支援指導加算 _____日 ⑨ 看護・作業療法士等支援指導加算 _____日 ⑩ 専門管理加算 _____日		⑥ 在宅生活支援指導加算 _____日 ⑦ 在宅生活相談等支援指導加算 _____日 ⑧ 在宅生活相談等支援指導加算 _____日 ⑨ 看護・作業療法士等支援指導加算 _____日 ⑩ 専門管理加算 _____日	
上記のとおり証明します。 年 月 日 訪問看護ステーション 所在地及び名称 氏名 円 × $\frac{1}{10}$ = _____円 円 合 計 _____円		合計 _____円			

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての訪問看護ステーションから訪問看護を受けた場合に使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は、日本産業規格 A4 縦型とする。

別紙3(6)

治療用装具
生 血 明 細 書

被 生	災 児 童 徒 等	氏 名			男	年 月 日 生
					女	
医 療 機 関 の 証 明	傷 病 名				初 診 年 月 日	年 月 日
					装 具 装 着、生 血 使 用 年 月 日	年 月 日
	装 具 装 着 又 は 生 血 使 用 を 必 要 と し た 理 由					
明	装 具 装 着 の 場 合、装 具 の 種 類 及 び 型 式		生 血 使 用 の 場 合、生 血 の 使 用 量		ml	
	年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏 名					
装 具 装 着 の 場 合	装 具 製 作 会 社 の 所 在 地 及 び 名 称					
生 の 血 場 合 使 用	供 血 者 の 氏 名 及 び 被 災 児 童 生 徒 等 の 続 柄					
装 具 装 着 又 は 生 血 に 要 し た 費 用						円
上記のとおりです。 年 月 日 住 所 保 護 者 等 氏 名						
※ 決 定	円 × $\frac{4}{10}$ =					円
						円
	合 計					円

(注) 1 ※印は、記入しないこと。
2 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書に規定する災害共済給付に関する文書の様式を定める要綱

別紙3 (7)

調剤報酬明細書

年 月 日

被災児童等 生徒等		氏名		男		年 月 日				
				女						
保険医療機関の 所在地及び名称				保険 医 氏 名	1. 6. 2. 7. 3. 8. 4. 9. 5. 10.		受 付 回 数		回	
	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数				
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	薬剤調剤料 調剤管理料	薬 剤 料	加 算 料			
				点	点	点	点		点	
摘要										
合計	点			調剤基本料	点	時間外等加算	点	薬学管理料		点

上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏 名										
※ 決 定	10円×			点× $\frac{4}{10}$			円			

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。