

学校(保育所等)記入欄

立 _____ 学校(園)

医 療 等 の 状 況

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	年 月 日生				
			女					
傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群			医師の同意年月日	年 月 日		転 帰	
	4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症						継 続 中	治 癒
7.その他 ()								
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								
初 検 料	1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用			円	施術を行った期間			
施 術 料	施術の種類	1術 回		2術 回				
	通所	円× 回= 円		月 日から 月 日まで				
	訪問施術料	円× 回= 円		月 日から 月 日まで				
	電療料(加算)	1.電気針	円× 回= 円		月 日から 月 日まで			
		2.電気温灸器	円× 回= 円		月 日から 月 日まで			
3.電気光線器具		円× 回= 円		月 日から 月 日まで				
特別地域(加算)	円× 回= 円		月 日から 月 日まで					
往療料	円× 回= 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。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について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。)		
①記入者*	②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	☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (右欄記入)	☐その他 (利用している制度を記入) () 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円