

# 「医療等の状況」の記入方法

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

医療費の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①医療保険の療養（院内処方分を含む。）について、証明をお願いします。
- ②療養月ごとに記入してください。
- ③総医療費（10割分の点数）を記入してください。

別紙3(1)

## 医療等の状況

学校（保育所等）記入欄  
立 学校（園）

平成 〇年 5月分  
(令和)

被災児童生徒等	氏名	安全 健二	(男)	(平成)	〇年〇月〇日生	
傷病名	(1)	右足関節骨折				
診療開始日	(1)	平成(令和) 〇年 5月 10日	診療実日数	5	転帰	治 死 中
診請療養請求点数	外来に係る療養	10万 万 千 百 十 一	入院に係る療養	3 日 日 日	日 日 日	日 日 日
請求点数	X X 1 1 2 3	点	X 1 6 7 0 0	点	X 4 1 4 0	円
上記のとおりです。						
令和 〇〇年 6月 7日						
医療機関所在地及び名称 〇〇市△△1-2-3						
氏名 健康 太郎						
※ 決 定						
外来に係る療養分		10円×	点× $\frac{1}{10}$ =	円		
入院に係る療養分		10円×	点× $\frac{1}{10}$ =	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内科の療養と歯科の療養は、それぞれ別票とすること。  
3 入院に係る食事療養標準負担額は、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。

【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記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。）

記入者*	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	利用している制度がない	その他
学校(園)	場合はその他に記入	
設置者	自己負担額	円
医療機関	(公費負担医療制度を利用していない場合のみ記入)	

この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

- ・学校の管理下での災害による傷病名のみ記入してください。
- ・傷病部位を記入してください。  
例) 21 | 1 歯牙破折

入院・外来の合計を記入してください。

治療が継続している場合は、記入の必要はありません。

保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病（むし歯など）の点数を除いて記入してください。

食事療養標準負担額を記入してください。（課税世帯で、1日3食で3日間入院する場合は、460円×3食×3日=4,140円となります。）

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、◎をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしく申し上げます。

証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合や傷病名と因果関係が判然としない場合などは、証明内容を確認をさせていただく場合があります。その場合は、傷病名欄余白等に記入していただくようお願いいたします。

