

# 「医療等の状況」等の記入方法

いつも、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。

給付申請の医療費等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 JSC に提出いただく用紙「医療等の状況」は主に3種類あります。
  - ① 病院・歯科医院→別紙3(1) ② 柔道整復師→別紙3(3) ③ 鍼灸師→別紙3(4)
- ② 院外処方の場合は、保険薬局で「調剤報酬明細書」を記入していただく必要があります。
- ③ 療養月ごとに記入してください。
- ④ 総医療費(10割分の点数)を記入してください。
- ⑤ 治療上必要のため装具を購入した場合は、病院で「治療用装具明細書」を記入していただく必要があります。

病院・歯科医院での記入例  
別紙3(1)

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。
  - 入院・外来の合計を記入してください。
  - 傷病部位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(虫歯など)と同時に治療を行った場合は、その分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。)  
※平成30年度以降の場合
- 証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。
- 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、よろしくをお願いします。

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も原因が考えられる場合など、傷病名と因果関係が判然としない場合、その因果関係について医師の所見をお願いすることがあります。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します。

※医療保険の療養以外の療養(自由診療)については、入院用は別紙3(2)(ア)、入院外分は別紙3(2)(イ)、歯科分は別紙3(2)(ウ)に証明をお願いします。

保険薬局での記入例  
別紙3(7)

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。
- 処方箋を発行した医療機関名、保険医師名を記入してください。  
※保険薬局名ではありません。
- 学校の管理下での災害による傷病名に係る調剤分のみ記入してください。
- 診療開始日以前の処方・調剤分は記入しないようお願いします。
- 証明日・保険薬局所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。
- 処方内容等を保険請求時に使用する「調剤報酬明細書」等の別紙にて添付される場合も記入、押印をお願いします。
- 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、よろしくをお願いします。

学校の先生方へ こちらの用紙を『医療等の状況』と共に保護者にお渡しください。

柔道整復師等での記入例 別紙3(3)

別紙3(3) 医療等の状況

学校(保育所等)記入欄 立 学校( )

学年 〇年 〇月 〇日

氏名 安全 健二

性別 男 年齢 〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号

保護者等 氏名 健康 太郎

印

傷病名 (1) 右足関節捻挫

発症年月日 (1) 〇〇年 〇月 〇日 (2) 〇〇年 〇月 〇日 (3) 〇〇年 〇月 〇日

治療開始年月日 (1) 〇〇年 〇月 〇日 (2) 〇〇年 〇月 〇日 (3) 〇〇年 〇月 〇日

治療終了年月日 (1) 〇〇年 〇月 〇日 (2) 〇〇年 〇月 〇日 (3) 〇〇年 〇月 〇日

治療内容

初診料	円	往復料	円	片道	円
加療	円	往復料	円	片道	円
初診時相談支援料	円	加療	円	往復料	円
西検料	円	加療	円	往復料	円
薬費・固定・処置料	円	加療	円	往復料	円
治療材料費	円	加療	円	往復料	円
治療を行った期間	回数	一回の料金	円		
治療料	円				
加療料	円				
温電法料	円				
冷電法料	円				
電療料	円				
施術情報提供料	円				
その他	円				
備考					
治療金額合計	〇,〇〇〇 円				

上記のとおりです。  
令和 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号  
柔道整復師 氏名 健康 太郎 印

合計 円

(注) 1 この医療等の状況は、非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途は、日本工業規格A4規格とすること。  
4 【お問い合わせ】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。(該当する項目に〇をつけてください。)

公費負担医療制度	利用している場合は「○」を印す	公費負担医療制度を利用していない場合は「×」を印す
学校( )	○	×
医療機関	○	×
公費負担医療制度	利用している場合は「○」を印す	公費負担医療制度を利用していない場合は「×」を印す

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負傷名のみ記入してください。
- 傷病部位を記入してください。

当該災害に係る施術を開始した年月日を記入してください。

- 柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準に従い、内訳及び合計(総施術料金の10割分)を記入してください。  
なお、JSCと施術内訳の省略の取り決めを交わしている団体に所属する柔道整復師は、内訳の証明を省略することができます。
- あん摩・マッサージ・指圧師による施術の場合は、施術内容等所要の箇所を適宜訂正の上、記入をお願いします。

証明日・所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。

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、よろしくお願いします。

- ・ 柔道整復師等による施術を行った場合に証明をお願いします。
- ・ 診療担当医師の同意に基づいて、あん摩・マッサージ・指圧師が施術を行った場合もこの用紙に証明をお願いします。
- ・ カイロプラクティック、整体院等の医療保険外の施術は給付対象外となります。

治療用装具を購入した場合、病院での記入例 別紙3(6)

別紙3(6) 治療用装具 明細書

学校(保育所等)記入欄 立 学校( )

学年 〇年 〇月 〇日

氏名 安全 健二

性別 男 年齢 〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号

保護者等 氏名 健康 太郎

印

傷病名 (1) 右足関節骨折

発症年月日 (1) 〇〇年 〇月 〇日 (2) 〇〇年 〇月 〇日 (3) 〇〇年 〇月 〇日

治療開始年月日 (1) 〇〇年 〇月 〇日 (2) 〇〇年 〇月 〇日 (3) 〇〇年 〇月 〇日

治療終了年月日 (1) 〇〇年 〇月 〇日 (2) 〇〇年 〇月 〇日 (3) 〇〇年 〇月 〇日

治療内容

上記疾患により、治療のため右足関節の固定を必要とする。

装具装着の証明

右短下肢装具

生血使用の場合、生血の使用量

〇〇〇ml

令和 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号  
医療機関所在地及び名称 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇病院 健康 太郎 印

装具製作者の氏名 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇株式会社

装具の所在地及び名称 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇株式会社

装具の価格 7,000 円

装具装着又は生血に要した費用

上記のとおりです。  
令和 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号  
保護者等 氏名 健康 太郎 印

合計 円

(注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作者、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付すること。  
2 生血については、献血者の領収書の写しを添付すること。  
3 印は、記入しないこと。  
4 この領収書の用途は、日本工業規格A4規格とすること。  
【お問い合わせ】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。(該当する項目に〇をつけてください。)

公費負担医療制度	利用している場合は「○」を印す	公費負担医療制度を利用していない場合は「×」を印す
学校( )	○	×
医療機関	○	×
公費負担医療制度	利用している場合は「○」を印す	公費負担医療制度を利用していない場合は「×」を印す

この枠内の記入をお願いします。

装具の装着が必要となった傷病名を記入してください。

装具装着日を記入してください。

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。

この枠内は、保護者に記入していただけます。  
(医療機関、医療器材店又は装具製作会社の領収書の写しを添付していただけます。)

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、よろしくお願いします。

- ・ 診療担当医師により治療遂行上必要と認められ、当該傷病の治療中に購入し、装着又は輸血した治療用装具・生血(新鮮血)がある場合に証明をお願いします。
- ・ なお、柔道整復師の指示による治療用装具の購入は、給付対象外となります。