

保護者に「医療等の状況」等をお渡しする際の説明文例です。説明文を封筒に貼り、「医療等の状況」等の請求用紙を入れて保護者にお渡しするなどしてご活用ください。[ ]の部分、文例のまま掲載をお願いします。

### 説明文例①(義務教育諸学校の保護者向け)

令和 年 月 日

年 組 氏名 保護者 様

日本スポーツ振興センター 災害共済給付請求手続き書類在中

災害共済給付の請求手続きに必要な書類を同封しています。治療を受けた医療機関等で証明を受け、担任又は保健室へ提出してください。詳細は、同封のチラシをご確認ください。

\* 医療機関等に証明していただくにあたっては、特別にご協力をいただいております。

証明を依頼する際は、その場ですぐに証明をしていただけない場合があることをご了承ください。

\* 受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、医療機関受診後は、速やかに請求書類を提出してください。

\* 医療費助成制度を利用した場合は、申請用紙の下段に証明をお願いします。給付金は、調整（自己負担分+医療費の1割）されます。

\* 医療費の総額が5,000円以上（自己負担額ではありません。）が対象になります。

自治体の取扱いに応じて記載してください。



手続き方法  
(学校安全 Web)

### 説明文例②(高等学校等の保護者向け)

令和 年 月 日

年 組 氏名 保護者 様

日本スポーツ振興センター 災害共済給付請求手続き書類在中

災害共済給付の請求手続きに必要な書類を同封しています。治療を受けた医療機関等で証明を受け、担任又は保健室へ提出してください。詳細は、同封のチラシをご確認ください。

医療等の状況（別紙3（1））	病院・診療所・歯科医院にて証明を受けてください。
医療等の状況（別紙3（3））	柔道整復師（接骨院など）に証明を受けてください。
調剤報酬明細書（別紙3（7））	保険薬局にて証明を受けてください。

\* 医療機関等に証明していただくにあたっては、特別にご協力をいただいております。

証明を依頼する際は、その場ですぐに証明をしていただけない場合があることをご了承ください。

\* 受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、医療機関受診後は、速やかに請求書類を提出してください。

\* 医療費の総額が5,000円以上（自己負担額ではありません。）が対象になります。



手続き方法  
(学校安全 Web)