

令和 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（ＪＳＣ）の災害共済給付金の支払請求に使うものです。

(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 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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 ☐ 保護者 ☐ 医療機関		②利用の有無 ☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (③④記入)	③利用制度名 ☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子ども医療助成 ☐ 障害者総合支援法 ☐ その他 (利用した制度名を記入) 	
			④自己負担額 円	
			※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。	