

医療等の状況

立

学校（園）

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	昭和 年 月 日生			
						女	平成			
負傷 名						転 帰				
						治 ゆ	継 続 中	転 医	中 止	
施術開 始の 年月日	令和 年 月 日		施術終 了の 年月日	令和 年 月 日		施術 実日 数	日			
施術の 種類	回 数	一 回 の 金	加 算 料 金		施 術 料 金	施術を行った 期 間				
初 検 料		円	時 間 外 休日・深夜	円	円	月 日				
初 検 時 相談支援料			夜 間 難 路 暴 風 雨 雪			月 日から				
往 療 料			片 道 km			月 日まで				
整 復 料						月 日				
固 定 料						月 日				
施 療 料						月 日				
後 療 料						月 日から 月 日まで				
電 法 料			回 数	一回の料金		月 日から 月 日まで				
			回	円						
そ の 他										
備 考										
合 計								円		
上 記 の と お り で す 。										
令和 年 月 日 住 所										
柔道整復師 氏 名 印										
※決 定	円 × $\frac{4}{10}$ =							円		
								円		
	合 計							円		

(注) 1 この医療等の状況は、柔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紙は、日本工業規格A4縦型とすること。