別紙３(３)

医療等の状況

学校（保育所等）記入欄

相模原市立弥栄中学校
立　　学校（園）

▲この二次元コードは、ＪＳＣが様式の種類を識別するために使用するものです。

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。

被災児童生徒等	氏名		男 / 女	平成 / 令和	年　月　日生
負傷名	(1) (2) (3)			転帰：継続中 / 治ゆ / 中止 / 転医	
施術開始の年月日	(1) 令和年月日 (2) 令和年月日 (3) 令和年月日	施術終了の年月日	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	実日数	日

施術の内容欄				計
初検料 加算 休日・深夜・時間外 初検時 相談支援料	円 円	往療料 円×	片道　km 回＝　円	
再検料		加算 円 夜間・難路 暴風雨雪 柔道整復	円	
	円	運動後療料	円×　回＝　円	円
整復・固定・施療料	整復料　円	固定料　円	施療料　円	
金属副子等加算	円	円		円
	施術を行った期間	回　数	一回の料金	
後療料 金属副子等交換料加算	月　日から 月　日まで	回	円	
	月　日から 月　日まで	回	円	円
温罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
冷罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
電療料		回	円	円
施術情報提供料				円
その他				円
備　考				
施術金額合計				円

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

柔道整復師　住　所

氏　名

(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　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	②利用の有無	③利用制度名	④自己負担額
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし （記入終了） □ 利用あり （③④記入）	□ 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）	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。