

医療等の状況

立

学校(園)

平成 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 女	昭和 平成	年 月 日生			
負 傷 名							転 帰				
							治 ゆ	継 続 中	転 医	中 止	
施術開 始の 年月日	平成 年 月 日		施術終 了の 年月日	平成 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 月 日まで					
往 療 料			片 道 km								
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。 平成 年 月 日 住 所 柔道整復師 氏 名 印											
※決 定	円 $\times \frac{4}{10} =$ 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。