

＜医療機関で記入してもらう書類における注意点＞

- ①本人・保護者による加筆修正はしないでください。
- ②訂正がある場合、**医療機関の訂正印が必要**です。
- ③その月の最後の受診日に提出し、その月の「医療等の状況」について記入をお願いしてください。
- ④医療機関によっては、すぐに記入していただけない場合があります。医療機関の都合を確かめてから証明をお願いするようにしてください。

別紙3(3) (保育所等)記入欄

医療等の状況

平成 年 月 日
令和 年 月 日

学校(園) _____

学校でゴム印を押します

記入モシの確認を!

災害報告書と**負傷部位が一致**しているか確認!
学校管理下で発生していない傷病名が記載されている場合は、傷病名およびそれに係る施術の内容を**削除**するよう頼んでください。

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターから提供されています。

被災児童生徒等	氏名	性別	転帰
負傷名	(1) (2) (3)		
施術開始の年月日	(1) 平・令 年 月 日 (2) 平・令 年 月 日 (3) 平・令 年 月 日	施術終了年月日	
初検料	円	往療料	片道 km
加算 休日・深夜・時間外	円	円 × 回 =	円
初検時 相談支援料	円	加算 夜間・難路 暴風雨雪	円
請求に使うものです。	施術情報提供料	円	
	その他	円	
	備	円	
	施術金額合計	円	
	上記のとおりです。 令和 年 月 日	住所	
		柔道整復師 氏名	印
		円 × $\frac{4}{10}$ =	円
	※決定	円	
		円	
		円	

合計金額は、医療保険診療として行われた施術金額のみ記入。
実費（包帯代等）は**給付対象外**です。

公費負担医療制度を利用した場合は、**保護者**での記入をお願いしています。

印は必ず必要

(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。
【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄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。）。

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者	利用している制度がない場合は	その他 { }
学校(園)	その他に記入	
設置者		自己負担額
医療機関	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円