

災害報告書

担任印	教科担任印	顧問印

この報告書は、日本スポーツ振興センターの災害共済給付手続きのためのものです。必要事項を記入し、担任印、授業・部顧問印（必要な場合のみ）をもらって保健室に提出してください。

(フリガナ)

年 組 生徒氏名 男・女

保護者氏名 印

災害発生の場所 (当てはまる所に○印を)	学校内	運動場 体育館 教室 廊下 その他()
	学校外	道路 その他()

災害発生の場合 体育授業 部活中(部活名) 登下校 放課 その他()

災害発生日 平成・令和 年 月 日 (曜日) 時 分

災害発生状況 [いつ・どこで・何を・どのようにしている時に・どのような状態になって
どの部位を・どうしたか について具体的に詳しく記入。]

応急手当・受診までの状況

他の法令の給付等との調整

国又は地方公共団体の負担によって療養費の支給、又は補償を受けたときは、その受けた限度内で災害共済給付を行わないことになっています。

- (1) 国の法律によって実施している制度
 - 障害者自立支援法（育成医療、更生医療）
 - 感染症の予防及び患者に対する医療に関する法律（結核）
 - 児童福祉法（児童福祉施設への入所）
- (2) 地方公共団体の条例により実施している制度
 - 乳幼児（子ども）医療費助成制度
 - ひとり親（母子・父子）家庭医療費助成制度

補償を受けた場合、
原則として
自己負担額 + 1割
が給付されます。

<公費負担制度を利用した場合>

「医療等の状況」「調剤報酬明細書」の右下部にある欄の記入にご協力ください。

右記のような欄があります。
継続治療を受けられる場合も
忘れずに記入してください。

【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〕	その他〔 〕
学校(園)	〔場合はその他に記入〕	
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