

# 医療等の状況

平成 年 月 日

○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	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		
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		
罨 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	
<p>上記のとおりです。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">柔道整復師</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								
※決 定	$\text{円} \times \frac{4}{10} =$						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。