



医療等の状況

学校（保育所等）記入欄

茨城県立鹿島高等学校附属中学校

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)					転 帰				
	(2)					継 続 中	治 ゆ	中 止	転 医	
	(3)									
施術開始の年月日	(1)	令和 年 月 日	施術終了の年月日	(1)	令和 年 月 日	施術 実日数	日			
	(2)	令和 年 月 日		(2)	令和 年 月 日					
	(3)	令和 年 月 日		(3)	令和 年 月 日					
施 術 の 内 容 欄										計
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		円				
再 検 料	円		柔道整復 運動後療料	円× 回＝ 円						
整復・固定・施療料	整復料	円	固定料	円	施療料	円	円			
金属副子等加算	円	円								
施術を行った期間		回 数	一回の料金							
後 療 料	月 日から	回	円	円						
金属副子等交換料加算	月 日まで	回	円							
温 電 法 料	月 日から	回	円	円						
冷 電 法 料	月 日から	回	円	円						
電 療 料	月 日から	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 住 所 柔道整復師 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 円
☐ 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) ()	
			※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。

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただってください。

- 【医療機関のみなさまへ】

施術料金の証明にあたっては、以下の記入方法に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

◆ 令和8年9月より、パソコン等で入力・印刷ができる、医療等の状況の簡易入力フォームの提供を開始しました！

災害共済給付 Web（ホームページ）「医療機関の方へ」のページからダウンロードできますので、ぜひご活用ください。

- ## 「医療等の状況」の記入方法

- この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

- ・ 学校等の管理下の災害による負傷名のみ記入してください。
- ・ 負傷部位を記入してください。

施術を開始した年月日を記入してください。

- ・柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準に従い、内訳及び合計（総施術料金の 10 割分）を記入してください。なお、JSC と施術内訳の省略の取り決めを交わしている団体に所属する柔道整復師は、内訳の証明を省略していただけます。
- ・あん摩・マッサージ・指圧師による施術の場合は、施術内容等所要の箇所を適宜訂正の上、記入をお願いします。

証明日・所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくお願いします。

証明いただいた負傷名が、学校等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合などは、証明内容を確認させていただく場合があります。その場合は、よろしくお願いします。

