

医療等の状況

立 学校(園)

平成 年 月 日
令和

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。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

Main form containing fields for patient name, sex, birth date, injury name, treatment start date, treatment type (outpatient/inpatient), and cost breakdown.

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
2 病院又は診療所における内科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
4 ※印は、記入しないこと。
5 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。)

Summary box for public fee medical system usage, including fields for registrant, guardian, and self-payment amount.