

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	年	月	日			
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					
電法料			回 数	一回の料金		月 日から 月 日まで					
その他			回	円		月 日まで					
備考											
合計											円
上記のとおりです。											
平成 年 月 日 住所											
柔道整復師 氏名 印											
※決 定	円 × $\frac{4}{10}$ =										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。